

**Carlos José Pereira da Silva Santos**

**DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE OCUPACIONAL EM PORTUGAL  
E A PRÁTICA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS DO TRABALHO**

Escola Nacional de Saúde Pública

Universidade Nova de Lisboa

Lisboa

2004



*Tese de candidatura ao grau de Doutor  
em Saúde Pública na especialidade de  
Saúde Ocupacional pela Universidade  
Nova de Lisboa, através da Escola  
Nacional de Saúde Pública.*

*“Temos de aprender com os que vão mais avançados do que nós. Até para termos a coragem de inventar outro caminho, necessariamente diferente e mais rápido, para os apanhar”*

*José Gama Vieira, 1989*

*À Ana, Marta e Carolina*

*Aos meus pais*

## ÍNDICE GERAL

<b>Nota prévia e agradecimentos.....</b>	<b>17</b>
<b>Delimitação do problema em estudo.....</b>	<b>19</b>
 <i>Primeira Parte - Enquadramento da Evolução da Saúde Ocupacional</i>	
<i>- a história, os conceitos, os valores e a organização .....</i>	<i>23</i>
 <b>1. A saúde dos trabalhadores e a Medicina - aspectos da evolução histórica .....</b>	<b>25</b>
 <b>2. A Proto-Medicina do Trabalho .....</b>	<b>33</b>
2.1. Primeiras referências históricas - da antiguidade à pré-revolução industrial .....	33
2.1.1. Perspectiva geral (internacional) .....	33
2.1.2. O caso português .....	39
2.2. Da 1ª revolução industrial à Segunda Grande Guerra .....	44
2.2.1. Perspectiva geral (internacional) .....	44
2.2.2. O caso português .....	56
 <b>3. Sistema Clássico de Medicina do Trabalho .....</b>	<b>67</b>
3.1. Introdução .....	67
3.2. Estruturação e organização da medicina do trabalho clássica .....	70
3.3. O caso português .....	78
 <b>4. Nova Saúde Ocupacional.....</b>	<b>95</b>
4.1. Introdução .....	95
4.2. Organização da Nova Saúde Ocupacional.....	97
4.3. O caso português .....	108
 <i>Segunda Parte - As opiniões e a prática profissional dos Médicos do Trabalho e a mudança do contexto normativo .....</i>	
 <b>5. Finalidade, objectivos e metodologia .....</b>	<b>121</b>

5.1. Finalidade e objectivos do estudo .....	121
5.1.1. Finalidade .....	121
5.1.2. Objectivos específicos .....	121
5.2. Metodologia .....	122
5.2.1. Desenho do estudo.....	122
5.2.2. Questões de trabalho.....	122
5.2.3. População em estudo .....	123
5.2.4. Preparação do questionário auto-preenchido .....	126
5.2.5. Aplicação dos questionários.....	129
5.2.6. Apresentação dos resultados .....	130
<b>6. Resultados .....</b>	<b>133</b>
<b>6.1. Política de Medicina do Trabalho / Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho / Saúde Ocupacional (MT/SHST/SO) .....</b>	<b>133</b>
6.1.1. Definição e formalização de políticas de MS/SHST/SO nas empresas.....	133
6.1.2. Definição da política nacional de MT/SHST/SO .....	134
6.1.3. Actualização da legislação sobre MT/SHST/SO.....	135
6.1.4. Cumprimento nas empresas da legislação sobre MT/SHST/SO .....	136
6.1.5. Definição do papel e das funções do médico do trabalho.....	137
6.1.6. Necessidade de médicos do trabalho .....	139
6.1.7. Garantias de exercício profissional dos médicos do trabalho .....	140
6.1.8. Estatuto profissional do médico do trabalho.....	141
6.1.9. Contributo dos higienistas, técnicos de segurança e enfermeiros do trabalho..	142
6.1.10. A actividade dos médicos do trabalho e os interesses das empresas e dos empregadores .....	143
<b>6.2. Desenvolvimento da MT/SHST/SO.....</b>	<b>144</b>
6.2.1. Definição de uma política nacional de saúde nos locais de trabalho.....	144
6.2.2. A integração de Portugal na Comunidade Europeia e a influência na política nacional de MT/SHST/SO em Portugal .....	145
6.2.3. A influência de organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde e a Organização Internacional do Trabalho na evolução da MT/SHST/SO .....	146
6.2.4. Prioridade relativa de algumas medidas na definição e implementação de uma política nacional de MT/SHST/SO .....	147
6.2.5. Modelo de organização de serviços que poderá cobrir maior percentagem da população activa empregada.....	148
6.2.6. Papel atribuído aos serviços de MT/SHST/SO nos Centro de Saúde.....	150
6.2.7. Relação entre os Serviços de Segurança e Higiene e a Medicina do Trabalho.	151

6.2.8. Programa e relatórios de actividade de MT/SHST/SO e a sua apreciação por outros órgãos da empresa .....	152
6.2.9. Responsabilidade no financiamento dos serviços de MT/SHST/SO.....	154
6.2.10. Necessidades de formação dos profissionais de MT/SHST/SO.....	154
6.2.11. Tipo de exercício preferencial da actividade de medicina do trabalho.....	155
<b>6.3. Prática profissional e nível de actividade em Medicina do Trabalho .....</b>	<b>156</b>
6.3.1. Tipo de actividade profissional .....	156
6.3.2. Situação dos diplomados que não exercem medicina do trabalho .....	158
6.3.3. Tempo de exercício semanal em medicina do trabalho .....	160
6.3.4. Diferenciação e actualização profissional.....	162
6.3.4.1. Inscrição no colégio da especialidade de medicina do trabalho.....	162
6.3.4.2. Outra frequência ou especialização médica .....	163
6.3.4.3. Participação em acções de formação e actualização.....	163
6.3.4.4. Importância da formação recebida no curso de medicina do trabalho para o desempenho profissional .....	164
6.3.4.5. Classificação e ordenação da formação recebida no Curso de Medicina do Trabalho.....	165
6.3.4.6. Classificação e ordenação das necessidades formativas dos médicos do trabalho .....	167
6.3.5. Os médicos do trabalho e a modalidade de organização de serviços de medicina do trabalho .....	168
6.3.6. Número do trabalhadores abrangidos pelos serviços de MT/SHST/SO.....	169
6.3.7. Número de outros médicos e técnicos superiores dos serviços de MT/SHST/SO .....	170
6.3.8. Caracterização da actividade dos médicos do trabalho .....	172
6.3.9. Organização interna do serviço de MT/SHST/SO .....	178
<b>6.4. Ano de formação em Medicina do Trabalho e a prática profissional.....</b>	<b>184</b>
<b>6.5. O regime de exercício profissional e o desempenho em Medicina do Trabalho .....</b>	<b>190</b>
<b>6.6. Regime de exercício profissional dos médicos do trabalho e a estruturação dos SMT (2000).....</b>	<b>191</b>
<b>6.7. A modalidade de organização de serviço de S.M.T. e o grau de estruturação interna.....</b>	<b>194</b>
<b>7. Discussão .....</b>	<b>199</b>
7.1. Da metodologia .....	199



7.2. Dos resultados .....	202
7.2.1. Política, organização e desenvolvimento da MT/SHST/SO .....	202
7.2.2. Papel e funções dos médicos do trabalho de empresa .....	208
7.2.3. Formação e ensino em medicina do trabalho.....	210
7.2.4. Prática profissional e nível de actividade em medicina do trabalho .....	214
<b>8. Conclusões e recomendações.....</b>	<b>219</b>
<b>Resumo, Résumé, Summary .....</b>	<b>223</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>235</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>251</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

BIT- Bureau Internacional do Trabalho  
CEE- Comunidade Económica Europeia  
CES- Conselho Económico e Social  
CMT – Curso de Medicina do Trabalho  
CSO – Cadeira de Saúde Ocupacional  
CPCS- Conselho Permanente de Consertação Social  
DGS- Direcção Geral da Saúde  
EFTA- Associação Económica de Comércio Livre  
ENSP- Escola Nacional de Saúde Pública  
GDSO- Grupo de Disciplinas de Saúde Ocupacional  
ICOH – International Commission on Occupational Health  
IDICT – Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho  
MT- Medicina do Trabalho  
OASO- Organização e Administração de Saúde Ocupacional  
OIT- Organização Internacional do Trabalho  
OM- Ordem dos Médicos  
OMS- Organização Mundial da Saúde  
OSSO- Organização de Serviços de Saúde Ocupacional  
PNAP- Plano Nacional de Acção para a Prevenção  
SHST- Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho  
SNS- Serviço Nacional de Saúde  
SO- Saúde Ocupacional  
SPSS – Stastical Package for Social Scienses  
SPT- Saúde Para Todos  
UE- União Europeia  
WHO- World Health Organization

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de inter relação trabalho e saúde (doença).....	26
Figura 2 - Papel desempenhado pelo "trabalho" na história do desconforto, do mal-estar e de doença.....	28
Figura 3 - Factores influentes na saúde dos trabalhadores .....	30
Figura 4 - Modalidades de Serviços SHST/Saúde Ocupacional .....	113
Figura 5 - Definição e formalização das políticas de MT/SHST/SO nas empresas ...	133
Figura 6 - Definição clara de Política Nacional de M/SHST/SO .....	135
Figura 7 - A legislação existente sobre MT/SHST/SO está actualizada .....	136
Figura 8 - A legislação existente sobre MT/SHST/SO é cumprida nas empresas.....	137
Figura 9 - A legislação define bem o papel e as funções do médico do trabalho.....	138
Figura 10 - O número de médicos do trabalho é suficiente para as necessidades do País .....	139
Figura 11 - As garantias de exercício profissional dos médicos do trabalho estão contempladas na legislação.....	140
Figura 12 - O estatuto profissional do médico do trabalho é muito elevado.....	141
Figura 13 - O contributo dos higienistas do trabalho, técnicos de segurança e enfermeiros do trabalho é fundamental para o serviço de MT/SHST/SO.....	142
Figura 14 - A actividade dos médicos do trabalho e os interesses das empresas e dos empregadores .....	143
Figura 15 - A definição de uma política nacional de saúde nos locais de trabalho deve merecer a máxima prioridade .....	144
Figura 16 - A integração de Portugal na Comunidade Europeia poderá influenciar a política nacional de MT/SHST/SO .....	145
Figura 17 - Os organismos internacionais como a OMS e a OIT influenciam a evolução MT/SHST/SO .....	146
Figura 18 - Modelo de organização de serviços que poderá cobrir maior percentagem da população activa empregada .....	149
Figura 19 - Papel atribuído aos serviços de MT/SHST/SO nos Centros de Saúde.....	150
Figura 20 - Relação entre os Serviços de Segurança, Higiene e a Medicina do Trabalho.....	151
Figura 21 - Apreciação do Programa e Relatórios de Actividade MT/SHST/SO e a sua apreciação por outros órgãos da empresa .....	152
Figura 22 - Órgãos da empresa que devem apreciar o programa e relatório de actividades .....	153
Figura 23 - Tipo de exercício preferencial da actividade de Medicina do Trabalho ..	156
Figura 24 - Modalidades de exercício de Medicina do Trabalho .....	157
Figura 25 - Não exerce actividade de Medicina do Trabalho mas já alguma vez exerceu.....	158

Figura 26 - Razão pela qual não exerce a Medicina do Trabalho.....	159
Figura 27 - Horas de exercício semanal de Medicina do Trabalho.....	160
Figura 28 - Padrão de Distribuição do Horário de Exercício semanal de Medicina do Trabalho .....	162
Figura 29 - Participação em acções de formação e actualização .....	164
Figura 30 - Importância da formação recebida no curso de Medicina do Trabalho.....	165
Figura 31 - Os médicos do trabalho e a modalidade e serviços.....	169
Figura 32 - Distribuição do número de trabalhadores pelas empresas servidas pelos Serviços de Medicina do Trabalho.....	170
Figura 33 - Outros médicos e técnicos superiores do Serviço de Medicina do Trabalho.....	171
Figura 34 - Exames médicos de vigilância de saúde .....	173
Figura 34 A- Exames médicos de vigilância de saúde .....	173
Figura 35 - Visitas às instalações da empresa e vigilância ambiental .....	174
Figura 36 - Cuidados médicos de base .....	175
Figura 37 - Organização e gestão do serviço MT .....	176
Figura 38 - Promoção da saúde e educação sanitária.....	177
Figura 39 - Programa de actividades de Medicina do Trabalho .....	178
Figura 40 - Orçamento próprio de Medicina do Trabalho .....	179
Figura 41 - Posição que ocupa no serviço de Medicina do Trabalho .....	181
Figura 42 - Número de sugestões de alterações das condições de trabalho apresentadas no último ano.....	182
Figura 43 - Resposta positiva da administração às sugestões apresentadas.....	183

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Crescimento da População Mundial (1750-1900).....	48
Quadro 2 - Distribuição da população activa (transição entre os séculos XIX e XX) .....	60
Quadro 3 - Distribuição da população com profissão de Portugal Continental pelos três grandes sectores de actividade económica e sua evolução ao longo do tempo (1960 a 1988).....	80
Quadro 4 - Cobertura dos serviços de Saúde Ocupacional na Europa.....	108
Quadro 5 - Distribuição da população activa empregada por sectores de actividade de 1981 a 2001 (Continente).....	109
Quadro 6 - População inquirida e respondentes .....	123
Quadro 7 - Distribuição da população em estudo e dos respondentes por sexo.....	124
Quadro 8 - Distribuição da população em estudo e dos respondentes por ano de nascimento .....	124
Quadro 9 - Distribuição da população em estudo e dos respondentes por ano de licenciatura.....	125
Quadro 10 - Distribuição da população em estudo e dos respondentes por ano do Curso de Medicina do Trabalho.....	125
Quadro 11 - Definição e formalização das políticas de MT/SHST/SO nas empresas .....	133
Quadro 12 - Definição clara de Política Nacional de M/SHST/SO .....	134
Quadro 13 - A legislação existente sobre MT/SHST/SO está actualizada .....	135
Quadro 14 - A legislação existente sobre MT/SHST/SO é cumprida nas empresas ..	137
Quadro 15 - A legislação define bem o papel e as funções do médico do trabalho ...	138
Quadro 16 - O número de médicos do trabalho é suficiente para as necessidades do País .....	139
Quadro 17 - As garantias de exercício profissional dos médicos do trabalho estão contempladas na legislação.....	140
Quadro 18 - O estatuto profissional do médico do trabalho é muito elevado .....	141
Quadro 19 - O contributo dos higienistas do trabalho, técnicos de segurança e enfermeiros do trabalho é fundamental para o serviço de MT/SHST/SO.....	142
Quadro 20 - A actividade dos médicos do trabalho e os interesses das empresas e dos empregadores .....	143
Quadro 21 - A definição de uma política nacional de saúde nos locais de trabalho deve merecer a máxima prioridade .....	144
Quadro 22 - A integração de Portugal na Comunidade Europeia poderá influenciar a política nacional de MT/SHST/SO.....	145
Quadro 23 - Os organismos internacionais como a OMS e a OIT influenciam a evolução MT/SHST/SO.....	146
Quadro 24 - Prioridades na definição e implementação de uma política nacional de MT/SHST/SO .....	147

Quadro 25 - Modelo de organização de serviços que poderá cobrir maior percentagem da população activa empregada .....	149
Quadro 26 - Papel atribuído aos serviços de MT/SHST/SO nos Centros de Saúde ...	150
Quadro 27 - Relação entre os Serviços de Segurança, Higiene e a Medicina do Trabalho.....	151
Quadro 28 - Apreciação do Programa e Relatórios de Actividade MT/SHST/SO e a sua apreciação por outros órgãos da empresa .....	152
Quadro 29 - Órgãos da empresa que devem apreciar o programa e relatório de actividades .....	153
Quadro 30 - Responsabilidade no financiamento dos Serviços de MT/SHST/SO .....	154
Quadro 31 - Ordem de prioridade de Formação dos Profissionais de MT/SHST/SO .....	155
Quadro 32 - Tipo de exercício preferencial da actividade de Medicina do Trabalho.....	155
Quadro 33 - Modalidades de exercício de Medicina do Trabalho .....	157
Quadro 34 - Não exerce actividade de Medicina do Trabalho mas já alguma vez exerceu.....	158
Quadro 35 - Razão pela qual não exerce a Medicina do Trabalho .....	159
Quadro 36 - Horas de exercício semanal de Medicina do Trabalho .....	160
Quadro 37 - Padrão de Distribuição do Horário de Exercício semanal de Medicina do Trabalho .....	161
Quadro 38 - Inscrição no Colégio da Especialidade de Medicina do Trabalho .....	162
Quadro 39 - Possui ou frequenta outra especialidade médica .....	163
Quadro 40 - Participação em acções de formação e actualização.....	163
Quadro 41 - Importância da formação recebida no curso de Medicina do Trabalho..	164
Quadro 42 - Ordenação da classificação da formação recebida no curso de Medicina do Trabalho .....	166
Quadro 43 - Ordenação da classificação das necessidades formativas dos médicos do trabalho .....	167
Quadro 44 - Os médicos do trabalho e a modalidade dos serviços.....	168
Quadro 45 - Distribuição de trabalhadores pelas empresas servidas pelos Serviços de Medicina do Trabalho.....	169
Quadro 46 - Outros médicos e técnicos superiores do Serviço de Medicina do Trabalho.....	171
Quadro 47 - Distribuição percentual do tempo de actividade semanal do médico do trabalho .....	172
Quadro 48 - Programas de actividades de Medicina do Trabalho .....	178
Quadro 49 - Orçamento própria de Medicina do Trabalho .....	179
Quadro 50 - Elaboração de relatório de actividades .....	180
Quadro 51 - Posição que ocupa no serviço de Medicina do Trabalho.....	180
Quadro 52 - Dificuldades de funcionamento do serviço de Medicina do Trabalho ...	181

Quadro 53 - Número de sugestões de alterações das condições de trabalho apresentadas no último ano .....	182
Quadro 54 - Resposta positiva da administrativa às sugestões apresentadas .....	183
Quadro 55 - Ano de Curso de Medicina do Trabalho e a situação de exercício profissional .....	184
Quadro 56 - Ano de curso de Medicina do Trabalho e o tempo de exercício profissional .....	185
Quadro 57 - Ano de Curso e a participação em acções de formação.....	185
Quadro 58 - Ano de Curso e a importância da formação recebida no C.M.T. ....	186
Quadro 59 - Ano de Curso e a modalidade de exercício de Medicina do Trabalho ...	186
Quadro 60 - Avaliação da formação recebida e das necessidades formativas em Patologia e Toxicologia Profissionais .....	187
Quadro 61 - Avaliação da formação recebida e das necessidades de formação em Planeamento, Organização e Gestão de Serviços de Medicina do Trabalho.....	188
Quadro 62 - Avaliação da formação recebida e das necessidades formativas em Promoção e Educação para a Saúde em Medicina do Trabalho .....	189
Quadro 63 - Avaliação da formação recebida e das necessidades formativas em Bioestatística .....	189
Quadro 64 - O horário semanal dos médicos do trabalho e a distribuição das actividades .....	190
Quadro 65 - O horário semanal dos médicos do trabalho e a estruturação dos serviços .....	191
Quadro 66 - O horário semanal dos médicos do trabalho e o orçamento próprio do Serviço de Medicina do Trabalho .....	191
Quadro 67 - O horário semanal dos médicos do trabalho e a elaboração de relatório de actividades do SMT .....	192
Quadro 68 - O horário semanal do médico do trabalho e a posição no serviço de MT.....	192
Quadro 69 - O horário semanal dos médicos do trabalho e o número de sugestões de alteração das condições de trabalho .....	193
Quadro 70 - Horário semanal dos médicos do trabalho e a resposta das administrações às sugestões de melhoria das condições de trabalho .....	193
Quadro 71 - Tipo de Serviço de Medicina do Trabalho e o programa de actividades .....	194
Quadro 72 - Tipo de Serviço de Medicina do Trabalho e orçamento próprio .....	194
Quadro 73 - Tipo de Serviço de Medicina do Trabalho e o relatório de actividades .	195
Quadro 74 - Tipo de Serviço de Medicina do Trabalho e o número de sugestões de alterações das condições de trabalho.....	195
Quadro 75 - O tipo de serviço e a resposta das administrações às sugestões de melhoria das condições de trabalho .....	196
Quadro 76 - Modalidade de S.M.T. e a distribuição média percentual das actividades de medicina do trabalho .....	197

### **Nota prévia e agradecimentos**

A vivência profissional como clínico no Serviço Médico à Periferia foi o contributo decisivo para a opção pela saúde pública como área de diferenciação e especialização. A concretização desta carreira iniciou-se em 1979, no Centro de Saúde de Loures, logo após a frequência do Curso de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)

É no contacto com a realidade da saúde dos trabalhadores de algumas grandes empresas e do Município de Loures que nasce a necessidade de aprofundar os conhecimentos em Medicina do Trabalho o que vem a concretizar-se com a frequência do Curso de Medicina do Trabalho da ENSP, em 1979/1980.

O convite do Professor Ernesto Moniz para ingressar na Cadeira de Saúde Ocupacional da ENSP em 1980 e a convivência profissional e pessoal com Professores Mário Faria e João Sennfelt, muito contribuíram para o estudo e amadurecimento pedagógico na área específica da Organização e Administração da Saúde Ocupacional (OASO).

De forma global, três vertentes dessa evolução foram valorizadas: ensino de saúde ocupacional na ENSP e a difusão de conhecimentos entre profissionais de saúde e outros intervenientes no mundo do trabalho; prestação de cuidados de saúde ocupacional nos serviços de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS); aprofundamento de conhecimentos e investigação em saúde ocupacional.

Os trabalhos preparatórios do Doutoramento integram-se nesta última via de desenvolvimento de novos conhecimentos científicos e aperfeiçoamento profissional. O tema da investigação escolhido foi o desenvolvimento da saúde ocupacional em Portugal e as eventuais repercussões na prática profissional dos médicos do trabalho.



Aos Professores Mário Faria e João Sennfelt agradecemos a atenção, o apoio, estímulo e orientação que nos dedicaram. À sua amizade, camaradagem e exemplo se deve o excelente e criativo ambiente onde nos foi possível evoluir e crescer pessoal e profissionalmente.

Ao Professor José Manuel Calheiros manifestamos o nosso reconhecimento pela disponibilidade e empenho que sempre manifestou perante este projecto. Agradecemos a orientação, os conhecimentos e os conselhos oportunos e amigos que nos dispensou e que tanto contribuíram para a apresentação desta tese.

Ao Professor e amigo António Sousa Uva queremos endereçar os nossos fraternos agradecimentos pelo papel decisivo que teve na concretização prática deste trabalho. A sua experiência e rigor metodológico e científico foram relevantes no apoio que nos dispensou na efectivação dos trabalhos finais da tese.

Aos Professores Galvão de Melo e Teodoro Briz e ao amigo e companheiro João Prista saúdo o empenho e o carinho que colocaram no acompanhamento crítico do presente trabalho.

Aos Drs. Pedro Aguiar e Sónia Santana da Silva apresentamos os agradecimentos pelo valioso contributo dado no tratamento estatístico dos dados.

Uma palavra de estima e reconhecimento dirigimos também à Dra. Isabel Andrade pela ajuda na pesquisa e apresentação bibliográfica.

Na concretização gráfica e de apresentação deste trabalho realçamos a cooperação da Dra. Paula Albuquerque e das Sr.as D. Adélia Martins e D. Maria Alice que, de forma profissional e amiga, deram o seu melhor contributo.

## **Delimitação do problema em estudo**

A importância e a magnitude da saúde da população trabalhadora advém, em primeiro lugar, da justa consideração de que se trata do elemento mais dinâmico e numeroso da sociedade, do factor essencial da produção de bens e serviços e do garante da produtividade económica (Lefranc, 1988). O desenvolvimento sustentado das sociedades modernas conta com os trabalhadores como o meio de trabalho vivo mais valioso, pelo que a valorização da sua saúde está com ele directamente correlacionado (Duclos, 1984; Dias, 1993).

O conhecimento das relações trabalho e saúde foi e continuará a ser condição necessária, mas não suficiente, para a organização de intervenções promotoras da saúde e do bem-estar no local de trabalho e de medidas profilácticas das doenças e lesões relacionadas com o trabalho e com as condições em que este é efectuado (OMS, 1981). É preciso que a sociedade e as suas estruturas políticas e económicas assumam a Saúde Ocupacional (SO) como objectivo prioritário e criem as condições legais, técnico-profissionais e materiais para a levar à prática (Portugal, 1991a e 2001).

O actual estágio da organização e da prestação de cuidados de Saúde Ocupacional em Portugal é fruto de um processo complexo onde intervêm factores de natureza política, social, económica e técnico-científica. Estes, interagindo entre si, criaram as condições objectivas e subjectivas para o lançamento, na década de sessenta, de um modelo legal de serviços de Medicina do Trabalho o qual influenciou o desenvolvimento da saúde dos trabalhadores e a prática profissional dos médicos do trabalho (Faria et al., 1985 ).

A Medicina do Trabalho como especialidade médica apresenta a característica ímpar de, ao contrário de outras especialidades, ter sido precedida pela lei, regulamento ou norma (Larche-Mochel, 1996). A sua prática, também muitas vezes entendida como de Saúde Ocupacional, integra-se desde o início na lógica do sistema legal criado em Portugal na década de sessenta que privilegia os cuidados médicos (Faria et al., 1985).

Na evolução interactiva da saúde no mundo do trabalho, as condições objectivas de natureza estrutural, próprias do crescimento económico de cada país ou região, assumem um papel essencial. No entanto, como a outros níveis sociais, os factores subjectivos ligados aos conhecimentos, experiências e organização dos parceiros sociais e do poder

político influenciam a estrutura formal da organização da Saúde Ocupacional (Duclos, 1984; Dias, 1993).

O que ressalta da realidade portuguesa é que o inadequado e incongruente modelo político organizacional de prestação de cuidados de medicina do trabalho dos anos sessenta (Faria et al., 1985), foi substituído pela nova legislação de 1994 e 1995, (Decreto Lei 26/94 e Lei 7/95) que dá suporte a uma nova estrutura formal de serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (SHST) que está longe de corresponder à realidade da evolução das forças produtivas, da sua organização e das necessidades de saúde e bem-estar dos trabalhadores (Santos, 1998; Graça, 1999).

A reformulação da política de Saúde Ocupacional, com a correspondente reorganização de serviços de saúde dirigidos à população trabalhadora, tem sido defendida por alguns autores e entidades desde o início da década de oitenta (Faria et al., 1985; BIT, 1985; Santos; Faria, 1988; Graça, 1999). Recentemente tal necessidade tornou-se uma evidência constatada por todos os parceiros sociais e pelo poder político, o que levou ao desencadear do processo de mudança em curso, que conta como primeiro facto, a aprovação do “Acordo de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho”, pelo Conselho Permanente de Consertação Social, em Julho de 1991, renovado pelo “Acordo sobre Condições de Trabalho, Higiene e Segurança no Trabalho e Combate à Sinistralidade” do Conselho Económico e Social de Fevereiro de 2001 (Portugal, 1991a e 2001).

De tempos a tempos, a falta de médicos do trabalho em termos absolutos é referenciada na comunicação social por responsáveis políticos ou profissionais de saúde ocupacional sem, no entanto, ser conhecida qualquer análise suficientemente rigorosa da prática profissional dos actuais médicos do trabalho diplomados ou legalmente habilitados.

Os médicos do trabalho não são os únicos profissionais de saúde ocupacional, e o seu contributo, apesar de importante, não é determinante no desenvolvimento histórico da organização dos cuidados de saúde à população trabalhadora. Reconhece-se que os parceiros sociais e o poder político são os intervenientes principais da evolução das políticas de saúde ocupacional (Graça, 1993a; Dias, 1993).

No entanto, os médicos do trabalho são necessários e mesmo fundamentais para pôr em prática as políticas (implícitas e explícitas) de saúde ocupacional. O papel dos médicos do trabalho é tão primordial que, não raras vezes, estes assumem um tal protagonismo que é susceptível de ser considerado como uma prática profissional mais dirigida aos seus

próprios interesses, do que virada para as necessidades de saúde dos trabalhadores (Walters, 1984).

O papel dos médicos e a prática de medicina do trabalho são elementos relevantes no processo de desenvolvimento histórico da saúde dos trabalhadores, de tal modo que a adopção de um determinado modelo de serviços de SHST sendo, num dado momento, a resultante da interacção dos diversos factores em presença, torna-se por sua vez um elemento condicionante do pensamento e da prática profissional dos diversos técnicos de saúde ocupacional, entre os quais figuram os médicos do trabalho (BIT, 1985; WHO, 1986 e 1995; Directiva CEE n.º 391/1989; Rantanen, 1990).

Um primeiro inquérito aos diplomados com o curso de medicina do trabalho (cerca de 500) realizado pela Cadeira de Saúde Ocupacional da ENSP, em 1982, mostrou que cerca de um terço (34,6%) não exercia qualquer actividade profissional relacionada com a saúde ocupacional e os que a praticavam faziam-no essencialmente como actividade secundária (74,4%), em regime de pluriemprego, de tempo parcial (horário semanal igual ou inferior a 20 horas em 73,4% dos casos e inferior a 10 horas em 24,1%) e em empresas industriais de grande dimensão (66,9%), em unidades de 500 ou mais trabalhadores (Faria et al., 1985).

Em 1993, altura em que se inicia o presente estudo, é efectuado um novo inquérito aos antigos alunos que representam o núcleo mais numeroso de médicos com actividade profissional em Saúde Ocupacional no início da década de noventa. A estes junta-se um número, relativamente pequeno, de médicos de empresa habilitados ao abrigo de disposições transitórias e excepcionais contempladas na legislação de organização de serviços médicos do trabalho de 1962 e 1967 (Portugal, 1991b).

A partir de 1991 têm início os Cursos de Medicina do Trabalho das Universidades de Coimbra e do Porto, com a admissão anual e bianual de candidatos, respectivamente. Os diplomados destas escolas representam um número acrescido de profissionais que iniciam a sua actividade neste período de transição na organização dos cuidados de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (Decreto Lei n.º 441/91; Decreto Lei n.º 26/94; Lei n.º 7/95).

A Estratégia Global da Saúde Ocupacional para Todos aprovada pela Assembleia Mundial da Saúde em 1995 constitui a estrutura de enquadramento da nova política de saúde ocupacional que inclui entre as suas dez prioridades o desenvolvimento de serviços orientados para a população trabalhadora (WHO, 1995). Estes serviços devem funcionar

bem, de forma competente e compreensiva, centrados na prevenção multidisciplinar e incluir a vigilância do ambiente de trabalho e da saúde dos trabalhadores e a promoção da saúde, conforme a Declaração de Saúde Ocupacional Para Todos aprovada no segundo encontro de Centros Cooperativos para a SO da OMS, realizado em Pequim, em 1994.

Este trabalho tem como finalidade conhecer as eventuais inter-relações entre o novo modelo legal de organização dos cuidados de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (SHST), instituído em Portugal nos anos de 1994/1995, e o pensamento e a prática profissional dos médicos do trabalho diplomados pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (ENSP/UNL). De um modo mais específico pretende-se descrever em que medida o novo enquadramento jurídico da MT/SHST/SO, correspondente genericamente à fase da Nova Saúde Ocupacional, foi acompanhado de alterações: (1) da percepção do grau de satisfação dos médicos do trabalho quanto ao seu papel e estatuto profissionais; (2) do nível de satisfação relativo à formação especializada formal (Curso de Medicina do Trabalho da ENSP/UNL) versus as necessidades da prática profissional; (3) da efectividade do desempenho profissional e (4) da adequação do novo modelo de organização de serviços de MT/SHST/SO ao contexto do desenvolvimento sócio-económico e científico nacional e ao sentir dos médicos do trabalho.

Quatro grandes temáticas vão ser abordadas: (1) políticas, organização e desenvolvimento da saúde ocupacional nacional e de empresa; (2) papel e funções dos médicos do trabalho; (3) ensino e necessidades formativas em saúde ocupacional; (4) prática profissional dos médicos do trabalho de empresa. Os resultados obtidos serão contextualizados através do enquadramento num modelo teórico explicativo da evolução histórica dos cuidados de saúde à população trabalhadora em meio laboral e que é alvo de revisão no presente trabalho.

Este estudo enquadra-se nos objectivos e temas de investigação prioritários da Saúde Para Todos (SPT) da região europeia da OMS, nomeadamente o estudo do funcionamento dos actuais sistemas de assistência sanitária, tendo em vista a adequada cobertura das necessidades de saúde de todos os trabalhadores (OMS, 1989) e orienta-se para a efectividade dos recursos podendo servir para assistir o processo de decisão política (Ong, 1993), e tentar dar um contributo para o apuramento da influência da legislação existente, na prestação de cuidados de Segurança, Higiene e Saúde do Trabalho (SHST) nas empresas (Portugal, 2001).

## **PRIMEIRA PARTE**

### **ENQUADRAMENTO DA EVOLUÇÃO DA SAÚDE OCUPACIONAL**

### **A HISTÓRIA, OS CONCEITOS, OS VALORES E A ORGANIZAÇÃO**



## **1 – A saúde dos trabalhadores e a Medicina – aspectos da evolução histórica**

O enquadramento conceptual das relações recíprocas entre o trabalho e a saúde dos trabalhadores tem sido, particularmente após a revolução industrial, tema privilegiado de debates e reflexões com o objectivo de explicitar as conhecidas e fundamentadas inter-relações existentes e de construir modelo(s) explicativo(s) dessa complexa realidade.

Em cada momento histórico o modelo teórico da inter-relação trabalho e saúde tem integrado as concepções dominantes do que se entende por trabalho e por saúde.

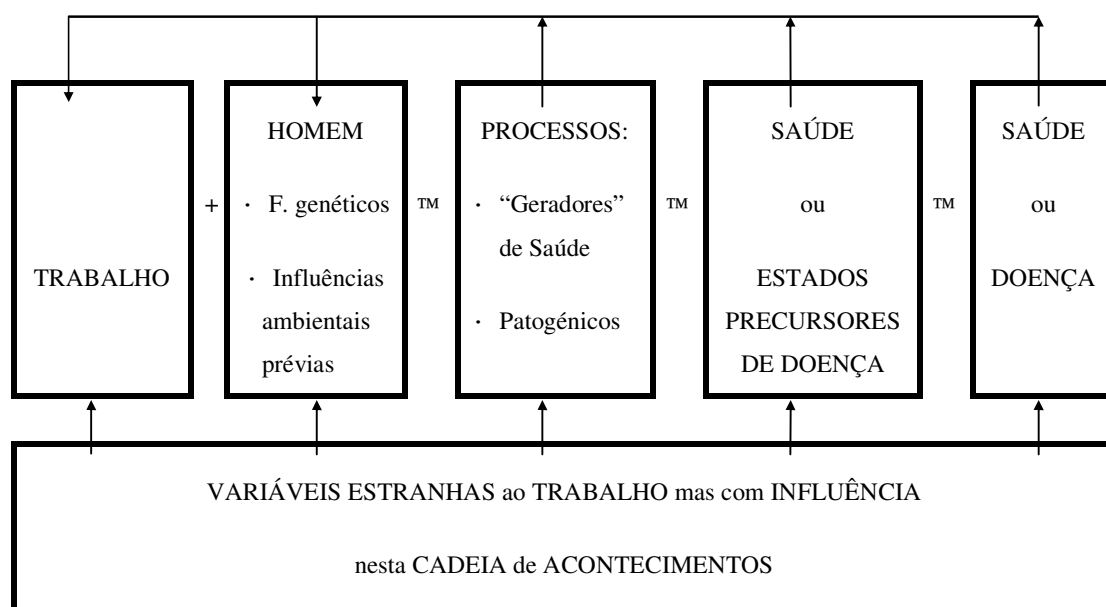
As primeiras elaborações conceptuais da relação trabalho e saúde emergentes da revolução industrial apontam para uma relação positivista, mecanicista e espartilhada que atribui a cada factor de risco conhecido uma dada doença ou lesão corporal. Este modelo aproxima-se do utilizado pela Saúde Pública, a chamada *tríade ecológica*. O agente seria o factor de risco de natureza física, química ou outro existente no local de trabalho, o trabalhador o hospedeiro e o local de trabalho o meio onde seria facilitado o contacto entre o agente profissional e o indivíduo (OMS, 1989a).

A actualização do conceito de saúde que se segue à Segunda Grande Guerra, da responsabilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS), bem como a evolução dos conhecimentos médicos, sobre a história natural das doenças ou lesões relacionadas com o trabalho, favoreceram a elaboração de modelos conceptuais mais complexos (OMS, 1981).

Em 1973, a OMS divulga um modelo de inter-relações trabalho e saúde (Figura 1) partindo da definição positiva de saúde, encarada esta não apenas como a mera ausência de doença, mas como um estado de completo conforto e bem-estar físico, mental e social, e o trabalho como a actividade profissional de cada indivíduo e as condições ambientais em que se desenvolve (OMS, 1981; Faria e Uva, 1988).



**Figura 1 – Modelo de Inter-relação Trabalho e Saúde (Doença)**



Fonte: Adaptado por Faria e Uva 1988, O.M.S. (R.T.N. n.º 535), 1973.

Este modelo equaciona com igual ênfase as consequências positivas e negativas do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores e abre a perspectiva da influência de factores extra-profissionais na relação dicotómica *homem/trabalho*.

Sem ser ainda um modelo sistémico tem a virtude de valorizar os potenciais efeitos do trabalho na promoção e manutenção da saúde, ultrapassando a leitura clássica que somente valoriza os efeitos negativos sobre a saúde dos trabalhadores. No entanto este esquema não permite ultrapassar, segundo Faria e Uva (1988), algumas evidentes limitações do discurso habitual das relações trabalho e saúde.

O trabalho propriamente dito é subalternizado em relação às condições em que é realizado e, entre estas, são valorizadas especialmente as dimensões materiais do posto de trabalho. Os factores de risco são encarados de forma mecanicista e fragmentária de tal modo que a cada factor corresponde um efeito negativo dominante, ignorando-se outros efeitos potenciais.

O reconhecimento actual das múltiplas repercussões do trabalho sobre a saúde e bem-estar dos trabalhadores baseia-se em conceitos actualizados do trabalho e da saúde e no reconhecimento essencial da participação dos trabalhadores no processo de produção de conhecimentos em saúde ocupacional.

A realidade do trabalho das sociedades modernas apresenta características multifacetadas, complexas, que influenciam a saúde dos produtores através das condições materiais do ambiente de trabalho, do equipamento tecnológico, da organização do trabalho e do seu próprio conteúdo. Socialmente o trabalho é um direito cada vez mais reivindicado.

O conceito de bem-estar e saúde nos locais de trabalho corresponde hoje, numa acepção moderna, a um objectivo dinâmico que pretende harmonizar as atitudes, as necessidades e as aspirações dos trabalhadores por um lado, e as exigências e possibilidades do trabalho por outro (Dejours, 1986).

Num modelo sistémico inter actuante as relações trabalho e saúde tornam-se imensamente complexas. As características individuais dos produtores, num dado momento, e a sua evolução ou variação durante o tempo de trabalho e a vida activa, assumem relevância na visão integradora e interactiva das relações trabalho e saúde. Para efeitos práticos de estudo, o contínuo de efeitos ou inter-relações potenciais que se verificam nas situações de trabalho e que vai das doenças manifestas à promoção da saúde, será objecto de compartimentação teórica estratificadora (Faria e Uva, 1988) (**Figura 2**).

Idealmente, e correspondendo às correntes modernas da promoção da saúde nos locais de trabalho, o enfoque nas relações positivas trabalho e saúde deveria ser dominante tendo em vista assegurar a manutenção da capacidade de trabalho (Husman, 1993).

No entanto, as actuais condições sociais e políticas e o nível de desenvolvimento das forças produtivas irão impor, ainda, uma atenção dominante sobre os efeitos negativos do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores e que, classicamente, se classificam em: doenças profissionais e acidentes de trabalho; doenças relacionadas com o trabalho e doenças agravadas pelo trabalho, de acordo com o papel desempenhado pelo *trabalho* na história natural dessas patologias (**Figura 2**).

**Figura 2 - Papel desempenhado pelo “Trabalho” na História Natural do Desconforto, do Mal-estar e da Doença**

“Trabalho” (condições, organização e conteúdo)	Consequências para saúde dos trabalhadores (desconforto, mal-estar e doença)	Exemplos
Papel decisivo na etiologia (o “trabalho” contém o factor causal determinante (agente) da doença)	Doenças Profissionais <ul style="list-style-type: none"> <li>• “exclusivas”</li> <li>• “não exclusivas”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intoxicação pelo chumbo (Saturnismo)</li> <li>• Pneumoconioses por poeiras minerais (ex. Silicose) e asma profissional</li> <li>• Lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho</li> <li>• Surdez profissional sonotraumática</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hepatite a vírus (em certos profissionais de saúde)</li> </ul>
	Acidentes de Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acidentes provocados por agentes mecânicos</li> <li>• Acidentes por exposição aguda a certos agentes tóxicos ou irritantes</li> </ul>
Papel parcialmente determinante na etiologia (o “trabalho” contribui com um, ou mais, dos múltiplos factores causais da doença)	Doenças Relacionadas com o Trabalho (multifactoriais)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doença Respiratória Crónica Não Específica (DRCNE)</li> <li>• Doenças cardiocirculatórias (H.A., Cardiopatia isquémica)</li> </ul>
Influência, não na etiologia, mas no decurso posterior da doença (o “trabalho” interfere apenas na evolução e/ou no desfecho da doença)	Doenças Agravadas pelo Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asma atópica (pó caseiro)</li> <li>• Bronquite crónica</li> <li>• Psoríase</li> <li>• Tabagismo passivo</li> </ul>
Papel não decisivo na etiologia (o “trabalho” interfere no desencadear e/ou no evoluir do mal-estar e desconforto)	Alterações de Saúde Relacionadas com o Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doenças psicossomáticas</li> <li>• Stresse</li> <li>• Fadiga</li> </ul>

Fonte: Modificado de Faria e Uva, 1988

A evolução das forças produtivas e o progresso do conhecimento das relações trabalho e saúde, muito particularmente dos efeitos negativos sobre a saúde dos trabalhadores, não conduziram a um avanço concomitante na melhoria das condições de trabalho. Mantém-se actual a grave contradição entre o avanço dos conhecimentos científicos e técnicos em saúde ocupacional e a insuficiente melhoria das condições em que é efectuado o trabalho (Schilling, 1981; Duclos, 1984).

Segundo Gardner e Taylor (1975), muitos dos mal-estares e acidentes, que diariamente o trabalho produz, são o resultado de bem conhecidos e reconhecidos factores de risco para os quais possuímos as adequadas contra medidas (Gardner; Taylor, 1975). De tal modo que para Duclos (1984), a adaptação dos processos produtivos aos seres humanos na diversidade e multiplicidade das suas necessidades é um objectivo que está longe de ter perdido a sua urgência (Duclos, 1984).

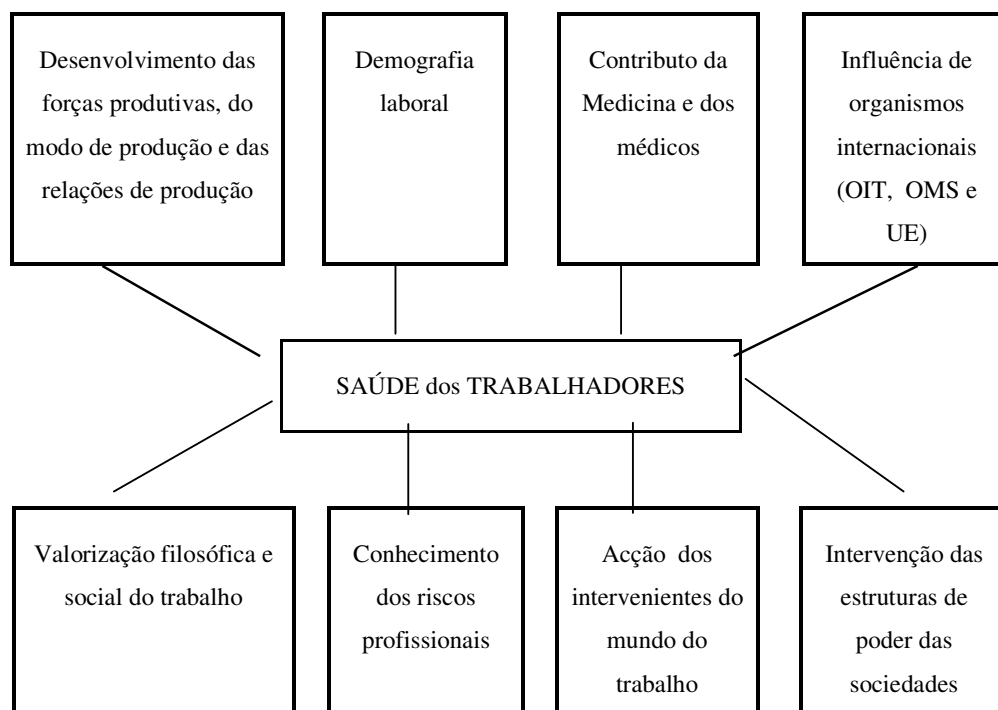
Mantém-se actual o paradoxo social constatado por Murray (1987c), referindo-se ao processo da revolução industrial, de que o trabalho dos homens, sendo fundamental para a prosperidade das comunidades, trouxe-lhes nada mais que *pobreza física, intelectual e moral* (Murray, 1987c).

A valorização da saúde dos trabalhadores e dos produtores em geral é o resultado de uma evolução histórica contraditória onde interferem múltiplos factores de natureza cultural, social e política que estão na base da história do trabalho e dos trabalhadores (Elling, 1986; Lefranc, 1988). Assim para compreender a actual realidade das relações trabalho e saúde e, muito particularmente, para perceber a razão de ser das políticas implícitas e explícitas de saúde dos trabalhadores torna-se necessário conhecer o passado histórico tentando identificar os factores que influenciaram positiva ou negativamente o avanço da saúde laboral ou ocupacional (Schilling, 1981; Elling, 1986; Santos, 1990).

No contexto do presente estudo optamos por identificar genericamente oito grandes factores (**Figura 3**) que historicamente determinaram o presente e influenciarão, no futuro, a saúde dos trabalhadores: (1) o desenvolvimento das forças produtivas, do modo de produção e das relações de produção; (2) a demografia laboral; (3) o contributo da medicina e dos médicos; (4) a influência de organismos internacionais (OIT, OMS e EU); (5) a valorização filosófica e social do trabalho; (6) o conhecimento dos riscos

profissionais; (7) a acção dos intervenientes do mundo do trabalho e (8) a intervenção das estruturas de poder das sociedades (Schilling, 1981; Murray, 1987c).

**Figura 3 – Factores influentes na saúde dos trabalhadores**



A história do trabalho e dos trabalhadores corresponde no essencial à evolução da espécie humana e está intimamente associada à evolução das forças produtivas e em particular aos diferentes modos de produção e de relações de produção e da demografia laboral (Castro, 1978; Lefranc, 1988; Cabral, 1988; Rioux, 1996).

A intervenção da Medicina e dos Médicos está, em primeiro lugar, ligada ao progresso do conhecimento dos riscos profissionais, tendo contribuído de forma significativa para a pública tomada de consciência da *miséria física, intelectual e moral* resultante das más condições em que o trabalho dos homens tem sido desenvolvido ao longo dos tempos (Schilling, 1981; Cassou et al, 1985; Murray, 1987c). No século XX, organismos internacionais como a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização

Mundial da Saúde assumiram, na área da saúde dos trabalhadores, um papel dinamizador e promotor da Saúde Ocupacional com avanços relevantes do ponto vista político e legislativo, a partir da Segunda Grande Guerra, nomeadamente nos países industrializados (Rantanen, 1990).

Os progressos na valorização (filosófica e social) do trabalho, a consciência dos riscos profissionais e a intervenção em concreto dos actores do mundo do trabalho completam o sistema social interactivo que cria as condições políticas para a intervenção dos governos no desenvolvimento da saúde dos trabalhadores. Os instrumentos de política, planos e programas, normas e outros documentos legais constituem o edifício político e legislativo, em contínua construção, que modela a organização e a prestação de cuidados de saúde ocupacional, em cada momento histórico (Murray, 1987c; Emmett, 1997; Navarro, 1998).

Para a OMS, os seres humanos são o centro do desenvolvimento sustentado, e a Saúde Ocupacional é um elemento básico constituinte da dimensão social e de saúde desse mesmo desenvolvimento, entendido este, segundo a *Declaração do Rio*, como uma estratégia para responder às necessidades presentes da população mundial sem causar efeitos adversos para a saúde e ambiente, sem depauperar ou pôr em perigo os recursos base e sem comprometer a possibilidade de futuras gerações satisfazerem as suas necessidades (WHO, 1995)

As políticas e práticas orientadas para a saúde dos trabalhadores são assim uma resultante de múltiplas influências e dimensões e, numa perspectiva histórica, podem ser periodizadas em três grandes fases de desenvolvimento seguindo, no essencial, um ensaio do autor sobre a evolução do estatuto profissional dos médicos e o esquema de Matikaine e Rantanen, citados por Graça (2002), para a evolução dos serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho na Europa: (a) a fase da Proto-Medicina do Trabalho desde a Antiguidade até à Segunda Grande Guerra; (b) a fase da Medicina do Trabalho Clássica desde a Segunda Grande Guerra até à década de oitenta e (c) a fase da Nova Saúde Ocupacional a partir desta última data e ainda em curso (Santos, 1990; Mendes; Dias, 1991; Emmett, 1997; Graça, 2002). Esta compartimentação teórica da evolução histórica da saúde dos trabalhadores tem interesse essencialmente académico visto que na realidade os progressos têm sido contínuos. Num dado momento podem coexistir as diferentes formas de organização de serviços, estatutos e práticas dos médicos do trabalho e de outros

profissionais de saúde laboral mas a modalidade dominante é a que caracteriza a fase de evolução. O novo contexto de cada mudança política e organizacional tende a tornar-se determinante na evolução dos conhecimentos, das atitudes e dos comportamentos dos profissionais de saúde ocupacional, bem como do seu estatuto profissional e social (Van Dijk, 1995). A inovação da política sectorial de saúde ocupacional é parte integrante do processo político de tal modo que a sua execução prática (governança) não pode ser desligada do contexto sócio, económico e político concreto e tem de levar em conta o processo da sua implementação e avaliação em estreita inter-acção com os principais actores da administração e do mundo do trabalho (Walt, 1998; Rathwell, 1998).

## **2. Proto-Medicina do Trabalho**

### **2.1 Primeiras referências históricas – da antiguidade à pré-revolução industrial**

#### **2.1.1 Perspectiva geral (internacional)**

A evolução da espécie humana está de tal modo intimamente associada ao trabalho e à evolução das forças produtivas que a história mundial das diversas civilizações é também a história do trabalho e dos trabalhadores (Lefranc, 1988).

O homem primitivo começa por se servir do seu corpo como exclusiva força produtiva e de forma gradual e lenta cria os primeiros instrumentos de trabalho que prolongam e reforçam a sua capacidade de trabalho (Engels, 2002).

As matérias de que eram feitas as primeiras ferramentas servem, ainda hoje, de base à caracterização dos períodos pré-históricos: pedra talhada, pedra polida, cobre, bronze e ferro. Na antiguidade egípcia dá-se uma grande diversificação e diferenciação de ferramentas e de ofícios, necessários às grandes construções religiosas (templos, pirâmides e outros) e às obras agro-hidráulicas dos Faraós (Murray, 1987c).

O conhecimento das inter-relações entre o trabalho e a saúde acompanha de perto o progresso das forças produtivas, os avanços dos conhecimentos médicos e a gradual valorização social e política do trabalho e da vida humana. A saúde e o bem-estar do Homem estão invariavelmente relacionados com a possibilidade de, em cada momento histórico, conseguir, através do trabalho, os meios necessários à vida (Schilling, 1981).

As primeiras referências históricas conhecidas sobre as relações negativas entre trabalho e saúde encontram-se evocadas na “Sátira das profissões”, documento datado de 2360 a 2160 a.C., atribuída a um escriba do Médio Império Egípcio que, receoso de que o seu filho não quisesse seguir a sua carreira, passa em revista as principais profissões da época e apresenta, sem benevolência, testemunhos dos malefícios do trabalho manual, nomeadamente a fadiga, a má higiene e as ameaças de acidentes de trabalho (Lefranc, 1988). Datam dessa época as primeiras referências a doenças profissionais,



nomeadamente da silicose, nos mineiros das minas de ouro e prata, bem como nos construtores das pirâmides (Rantanen, 1990).

Na Grécia antiga, desde a época homérica à época helenística, verifica-se grande evolução das condições de trabalho, com a divisão das actividades por sexos, a proletarização das classes rurais e a multiplicação das profissões no quadro urbano com a sua progressiva compartimentação. O progresso dos instrumentos de trabalho é significativo. São conhecidas ferramentas simples como a alavanca, a cunha, o parafuso e o guindaste. A técnica continua a ser rudimentar, apesar de alguns mecanismos como o moinho a água e a nora com alcatruzes (Lefranc, 1988).

A energia animal é utilizada mais generalizadamente que no Egipto antigo, nomeadamente nas actividades agrícolas. Mas no essencial o modo de produção baseia-se na escravidão em que os próprios homens são meio de trabalho sem quaisquer direitos ou garantias. Neste período histórico as actividades mecânicas em franca expansão são responsabilizadas por *deformarem e minarem o corpo*, justificando o preconceito e desprezo que os gregos manifestavam pelos trabalhadores manuais de que são exemplo os escritos de Xenofone, discípulo de Sócrates, de Platão, de Aristóteles e muitos outros filósofos (Murray, 1987c; Lefranc, 1988).

O conhecimento dos efeitos negativos sobre a saúde da actividade dos artesãos e mineiros gregos dos séculos V a IV a.C. fundamenta o juízo de valor atribuído a Platão de que entre o exercício duma profissão mecânica e os deveres dos cidadãos existe incompatibilidade radical. Para este e outros filósofos seus contemporâneos, a beleza do corpo e a beleza da alma caminham necessariamente a par; uma actividade que torna o corpo disforme torna a alma feia; *a obscuridade da oficina e a sujidade do corpo produzem almas contrafeitas que não têm sentido de liberdade, sujeitas a outro e que apenas se interessam pelo ganho* (Lefranc, 1988).

A medicina hipocrática por razões filosóficas e políticas negligencia uma prática médica junto dos trabalhadores, independentes ou escravos, pelo que ignora as doenças profissionais (Murray, 1987c).

Na Roma antiga, primeiro dos Reis, depois da República e finalmente do Império, verifica-se uma estagnação das técnicas de produção. As ferramentas ficam limitadas às

que se conhecem no período mais antigo da civilização humana. Um século a.C., Virgílio codifica as práticas seculares de fabricação quer das ferramentas, quer das actividades agrícolas. Na época republicana de Roma a escravatura atinge uma extensão muito superior à das civilizações egípcia e grega, tornando-se um problema na organização da produção e também um problema moral, social e político. A utilização extensiva do escravo como ferramenta viva na generalidade das actividades produtivas leva a um retrocesso da produtividade e da qualidade dos produtos fabricados (Lefranc, 1988).

Diodoro da Sicília descreve, 50 anos a.C., com impressionante realismo, a vida dos mineiros no Sudão egípcio, que são sujeitos a trabalho forçado. Os adultos jovens arrancam o minério, as crianças recolhem-no e transportam-no para fora e os velhos e as mulheres esmagam-no e trituram-no reduzindo-o a pó, permanecendo presos ao seu trabalho até que, gastos e sem forças, morrem (Murray, 1987c).

Durante o domínio romano as referências às más condições de trabalho e aos efeitos negativos sobre a saúde dos produtores são escassas. No entanto, são de referir as significativas manifestações de protesto contra as péssimas condições de vida designadamente as revoltas de escravos e as numerosas guerras civis em que a chefiada por Spartacus, de 73 a 71 a.C., foi sem dúvida a mais relevante (Murray, 1987c).

Os artesãos romanos fundam grande número de associações profissionais com nome variável, “*collegium ou sodalitium*”, que, pelos seus objectivos de garantir vantagens materiais, assegurar enterro e sepultura correcta e, por vezes, lar para os dias de descanso, mostram preocupações sociais sem interferir, no entanto, nas condições de trabalho dos seus membros como vem a ser feito pelas corporações da Idade Média (Lefranc, 1988).

A Organização dos artesãos tanto na Grécia como na Roma antigas contribui, nos primeiros tempos, para a formação e especialização dos seus membros, crescimento da produção e assistência mútua. A sua evolução para associações corporativas fechadas que velam ciosamente pelo domínio que lhe era atribuído, transmitindo a profissão de pai para filho, bem como a progressiva transferência das actividades para os escravos, leva à decadência da sua importância na Grécia antiga, séculos III e II a.C. e no Império Romano, séculos I a III d.C. (Lefranc, 1988).

As invasões bárbaras do Império Romano do Ocidente (do século IV ao século IX), paralisam o comércio e estagnam a actividade industrial de tal modo que no século X a evolução da produção, em toda a Europa, atinge o seu valor mais baixo. As actividades industriais apenas sobrevivem nas suas formas mais rudimentares e, frequentemente, concentram-se nas abadias ou outras instalações da Igreja (Castro, 1987).

No século XI, no entanto, o centro de gravidade da vida industrial desloca-se dos domínios dos mosteiros para as cidades que renascem. As relações de produção dominante são agora de natureza feudal em que o modo de produção escravagista evoluiu para a servidão (Castro, 1987).

No essencial a maquinaria não progride desde a antiguidade. Mas é na Idade Média que se generaliza o emprego de soluções técnicas há muito conhecidas como o moinho de água que serve para moer os cereais, mover prensas e até serras hidráulicas. Mais tarde o uso da força motriz da água estende-se às actividades de curtumes, de fabrico de cerveja, de papel e outras (Lefranc, 1988).

O moinho de vento aparece na Europa pelos finais do século XII e a tracção e o transporte animal tornam-se mais eficazes com certas inovações técnicas dos tirantes e cabrestos e a aplicação de ferraduras nos animais de transporte (Castro, 1981).

O trabalho industrial reaparece nas cidades sob a forma artesanal, cada profissão é composta por cidadãos livres que tendem a concentrar-se numa mesma rua ou bairro. São retomados em parte os moldes organizativos dos “*collegium*” romanos. Estas associações têm fins de assistência mútua mas também de controle da produção, das condições de trabalho e de qualidade dos produtos. Cabe-lhes a introdução dos limites de tempo de trabalho bem como do dia de descanso semanal (Murray, 1987c). A sua estruturação é progressiva quer na sua organização interna quer na influência externa, nomeadamente, na partilha do poder nas cidades. A sua importância económica e política na organização das sociedades europeias é reconhecida através de estatutos formais como é o exemplo dos artesãos ingleses de 1563 e das associações profissionais portuguesas dos séculos XV e XVI (Schilling, 1981; Macedo, 1982).

É instituído um período de aprendizagem de sete anos da total responsabilidade dos mestres como condição para o exercício da profissão em regime assalariado ou

independente. Este regime de aprendizagem manteve-se até à revolução industrial e foi alvo de perversões graves, nomeadamente, quando serviu de base ao recrutamento generalizado de crianças e jovens para a manufatura intensiva e a maquina-factura do arranque da revolução industrial inglesa do século XVIII (Schilling, 1981).

O modo de produção artesanal mantém da Idade Média à revolução industrial as mesmas características de base familiar rural, em que os artesãos e suas próprias famílias são titulares dos meios de produção e da matéria-prima e desenvolvem as actividades de acordo com ritmos de trabalho adaptados às necessidades e capacidades familiares. A produção destina-se prioritariamente ao auto-consumo e apresenta uma incipiente integração comercial, isto é quem produz também comercializa. A tecnologia é pouco desenvolvida e a energia utilizada é essencialmente de origem animal e por vezes hidráulica ou eólica. Existe especialização familiar nas tarefas artesanais mas com elevado grau de entreajuda. As actividades necessárias à auto-suficiência continuam a ser asseguradas e, pelo seu carácter sazonal, marcam de forma relevante a produção (Lefranc, 1988).

A retoma do desenvolvimento económico e comercial dos séculos XV e XVI cria as condições necessárias ao aprofundamento da velha indústria de mineração particularmente na Europa central. É neste contexto das condições de vida e trabalho agravadas dos mineiros que o conhecimento médico das patologias ligadas ao trabalho progride significativamente, ultrapassando o nível de conhecimento genérico, tornando-se objecto de estudo específico e orientado. Agrícola e Paracelsus aprofundam os conhecimentos da patologia laboral prevalente em comunidades mineiras, nomeadamente da silicose e da tuberculose. Os trabalhos publicados contribuem para a tomada de consciência dos problemas de saúde dos mineiros facilitando o progresso do seu estatuto profissional (Duclos, 1984; Lefranc, 1988).

Georgius Agrícola, (1499-1555), médico da cidade mineira Joachimsthal na Boémia, publicou uma obra em 12 volumes intitulada *RE METALLICA* onde descreve os instrumentos, as ferramentas e modos de produção mineira, dando muita atenção à ventilação e à bombagem da água do fundo da mina. Termina a sua obra com a descrição das doenças e acidentes mais frequentes entre os mineiros, bem como os modos da sua prevenção. A sua descrição e explicação das doenças pulmonares é ainda pouco rigorosa

no entanto cabe-lhe o mérito de propor a ventilação das minas e o uso de um pano sobre a face dos mineiros. Agricola é autor de uma relevante observação social ao constatar que nas minas das montanhas dos Cárpatos mulheres havia que tinham casado sete vezes, em resultado da morte prematura dos seus maridos mineiros (Schilling, 1981).

Outra referência histórica importante deve-se ao médico Paracelsus (1493-1541) de quem foi publicado em 1567 a primeira monografia dedicada às doenças profissionais dos mineiros e dos fundidores de metais. As suas observações clínicas das doenças pulmonares dos mineiros são, no essencial, actuais ainda que a explicação etiológica seja baseada na teoria da deposição do tártaro. Ao contrário de Agricola não valoriza a correcção das condições de trabalho, concluindo que as doenças observadas são o preço a pagar pelo progresso (Schilling, 1981; Murray, 1987c).

As necessidades de trocas comerciais alargadas do renascimento e do comércio com o oriente e com os novos mundos, então descobertos e explorados, impuseram um novo modo de produção - a manufactura dos séculos XVI, XVII e XVIII - que coexistiu com a actividade artesanal nos velhos moldes e o modo de produção dominante feudal (Macedo, 1982).

Este modo de produção caracteriza-se no essencial pela concentração de produtores na mesma área de trabalho, assalariados, sujeitos à disciplina de trabalho imposta pelos novos proprietários dos meios de produção e dos produtos acabados. A tecnologia continua a ser rudimentar e as forças motrizes evoluem lentamente para uma maior utilização da energia animal, eólica e principalmente hidráulica em detrimento da força humana (Lefranc, 1988).

O desenvolvimento manufactureiro que acompanha a Renascença Italiana diversifica e intensifica a produção agravando as condições de trabalho de muitos operários e artesãos. Bernardino Ramazini (1633-1714), médico e professor de medicina italiano de Pádua empreende o primeiro estudo sistemático de doenças profissionais não se limitando à investigação das relações trabalho e doença, apresentando também, propostas de prevenção ou correcção das condições de trabalho. Publica em 1700 o livro “*De Morbis Artificum Diatriba*” no qual são referenciados cerca de 50 quadros de patologia laboral ligados às mais diversas profissões industriais e outras. A metodologia do trabalho

centrou-se na observação directa dos locais de trabalho e no inquérito aos trabalhadores (Schilling, 1981; Murray, 1987c).

Este avanço no conhecimento das relações trabalho e doença vai manter-se actual até à revolução industrial inglesa que conduziu também, à revolução da Medicina do Trabalho (Rioux, 1996).

### **2.1.2 O caso Português**

O comunitarismo primitivo da fundação da nacionalidade portuguesa do século XII vai evoluir, nos séculos seguintes, para o modo de produção feudal típico com características próprias devido ao processo da reconquista. As forças produtivas e as relações de produção integram elementos islâmicos e moçárabes. A actividade económica principal é a agricultura que integra algumas técnicas inovadoras trazidas pelos árabes como por exemplo o moinho de vento, sendo a actividade artesanal incipiente (Marques, 1995).

No século XIV verificam-se diversas crises sociais devidas a insuficiente disponibilidade de bens alimentares. A grande epidemia de peste negra de 1348 torna mais aparente o estado geral de desarticulação da produção agrícola. Cerca de um terço da população é dizimado. A falta de mão-de-obra nos campos e nas restantes actividades contribui para o declínio da produção agrícola e para a emigração para as cidades. Diversas leis, como a conhecida *Lei das Sesmarias*, tentam obrigar os trabalhadores a desenvolver o seu mester tradicional, impedindo a liberdade de trabalho, mantendo os salários baixos e dificultando a *vagabundagem*. Mas apesar desta e doutras leis e regulamentos locais a tendência para a liberdade de trabalho continua e no final do século XV parte decisiva da mão-de-obra é livre (Mattoso, 1993; Marques, 1995). Esta mudança de estatuto não altera no essencial o modo de produção feudal dominante (Castro, 1987).

A expansão marítima portuguesa dos séculos XIV e XV baseada em novas tecnologias de navegação promove o desenvolvimento de actividades artesanais, nomeadamente de construção naval e alarga o comércio com África transaccionando os produtos locais, incluindo escravos, por troca com panos e trigo e outros produtos que vêm da Europa (Marques, 1995).

No século XVI o comércio português conta com novo e decisivo elemento, a introdução de uma gama de produtos exóticos e caros como o açúcar, o ouro, as especiarias, o marfim, entre outros. As actividades artesanais continuam a desempenhar papel secundário com excepção da construção naval (e suas actividades auxiliares como a produção de tela, cordame e outros apetrechos marítimos) e da fábrica de biscoito. Ambas pertencem à coroa (Castro, 1987; Marques, 1995).

As corporações surgem no final do século XV por imposição régia. Em 1487 a coroa ordena que cada ofício tenha dois representantes (vedores) para servirem de juízes em assuntos económicos ou profissionais. Os sapateiros e curtidores de Lisboa são os primeiros a ver aprovado o seu regulamento em 1489, onde se inscrevem normas sobre condições de trabalho, preços e recrutamento de mão-de-obra. No primeiro quartel do século XVI é generalizada esta organização com a constituição oficial das assembleias de profissionais, de 24 ou de 12 elementos por cada mester (Mattoso, 1993)

No século XVII a estrutura das forças produtivas na agricultura não se altera significativamente apesar da introdução da cultura do milho e do contínuo aumento da produção de vinho e de azeite. A actividade comercial que se mantivera próspera durante o período de união com a Espanha sofre profundos golpes com a Restauração em 1640, levando ao declínio da burguesia portuguesa. Segundo Marques (1995), a longa e desesperada luta pela independência leva o país à assinatura de acordos de comércio ruinosos com a Inglaterra em 1654 e 1661 e com a Holanda em 1661 (Marques, 1995).

A estrutura económica e das forças produtivas do Portugal do século XVIII tem um denominador comum: o comércio com o Brasil, que veio substituir o império da Índia. No entanto, apesar do grande peso desta colónia florescente a economia portuguesa tem um surto de crescimento baseado na agricultura, no comércio e numa incipiente indústria. O aumento constante das produções de azeite e de vinho contribui para a estruturação de economia agrícola portuguesa. O vinho do Porto entra no mercado mundial (Macedo, 1982).

Ainda no século XVIII é introduzida em Portugal a nova cultura da batata que permite colmatar a falta de cereais agravada pela opção por culturas mais rentáveis (vinho e azeite) (Macedo, 1982)

A indústria em Portugal é a grande novidade do último quartel do século XVII e da centúria de setecentos. A primeira tentativa é lançada por dois vedores da fazenda adeptos das novas doutrinas económicas do mercantilismo. O conde da Torre (mais tarde Marquês de Fronteira) e o Conde da Ericeira elaboram um plano de crescimento industrial e contratam peritos e artífices em França, Inglaterra, Espanha e Veneza. Concedem fundos e privilégios às novas fábricas de vidros, têxteis e ferro. Publicam uma série de leis proteccionistas. Mas a descoberta das minas de ouro do Brasil (1699), resolvendo o défice da balança comercial, cria grandes dificuldades à indústria recém-instalada. Volta-se à prosperidade baseada nas exportações do vinho, azeite, açúcar e tabaco. Comércio e agricultura voltam a dar as mãos e a política de industrialização é abandonada (Macedo, 1982).

Em 1703, o Tratado de Methuen com a Inglaterra troca vinho por tecidos e a partir de 1712, verifica-se nova tentativa de industrialização com a construção de novas manufacturas de tecidos, vidro, ferro, sabão, papel, couros, seda, pólvora e embarcações, mas os resultados foram pouco convincentes. Cabe ao governo de Pombal, e, novamente num período de depressão económica, lançar novo surto manufactureiro que vai resistir até à Revolução Industrial Inglesa. Alguns êxitos importantes são de assinalar como o “*complexo industrial*” da Real Fábrica das Sedas com cerca de 30 estabelecimentos diversos e mais de 3.500 operários (Macedo, 1982).

*Em síntese, na época histórica em análise os factores influentes no desenvolvimento da saúde dos trabalhadores (Figura 3 página 30) podem ser sistematizados da seguinte forma:*

- **Desenvolvimento das forças produtivas, do modo de produção e das relações de produção**

O desenvolvimento das forças produtivas neste período histórico é lento e as fontes de energia são essencialmente humana e animal e, a partir da idade média, eólica e hidráulica. A produtividade é baixa e a actividade económica dominante é a agricultura de baixo rendimento. O modo de produção evolui da escravidão para a actividade artesanal



doméstica, passando pela servidão feudal e tem início o desenvolvimento da indústria manufactureira concentrada na véspera da revolução industrial.

- **Demografia laboral**

A população mundial progride muito lentamente, sujeita a frequentes razias associadas a guerras, grandes epidemias e falta de meios de subsistência. O trabalho dominante é a agricultura com tecnologia rudimentar que evolui muito lentamente. Os artesãos como cidadãos livres organizados em corporações, após a Idade Média, são minoritários entre a população activa e concentram-se nas cidades, onde assumem maior importância económica e política.

- **Contributo da Medicina e dos Médicos**

Os médicos gregos têm conhecimento da patologia laboral, no entanto a sua prática de medicina de classe não lhes permite debruçar-se sobre a saúde dos trabalhadores.

Até à revolução industrial o conhecimento da patologia laboral progride à custa de casos isolados, de estudos de alguns médicos sem consequências na prática médica. Na época o trabalho de Bernardino Ramazini junto dos trabalhadores foi observado com desconfiança pela classe médica. O avanço dos conhecimentos médicos tem pouca ou nula influência na melhoria das condições de trabalho. No entanto, em actividades industriais emergentes, são chamados médicos (conjuntamente com padres) para acompanhar os problemas de doença dos trabalhadores, casos de França e da Europa Central (Duclos, 1984; Schilling, 1981)

- **Influência de organismos internacionais**

Não existe qualquer preocupação internacional de regulação do trabalho ainda que se tenha generalizado a organização de corporações artesanais e mesmo mercantil-financeiras.

- **Valorização filosófica e social do trabalho**

A valorização social do trabalho é muito baixa. Na perspectiva greco-romana o trabalho representa decadência e é filosoficamente desprezível. O preconceito dos filósofos gregos contra o trabalho e os trabalhadores manuais é fundamentado no reconhecimento dos

malefícios sobre o corpo, resultantes das principais actividades artesanais que, concomitantemente, retiram a liberdade de espírito para o exercício pleno da cidadania.

Na perspectiva religiosa cristã, o trabalho começa por representar maldição e expiação para evoluir na idade média para penitência. Com a Reforma do século XVI e durante a Renascença é atribuído ao trabalho o objectivo de resgate e o exercício de uma profissão é considerado um acto religioso em si (Lefranc, 1988).

Da antiguidade ao feudalismo a generalidade dos trabalhadores são escravos recrutados de forma forçada através de actos de guerra ou de comércio. No feudalismo para além dos trabalhadores escravos sem quaisquer direitos juntam-se os servos da gleba, trabalhadores associados à terra. Progressivamente vão aparecer trabalhadores artesãos libertos da servidão, independentes, que desenvolvem a sua actividade nas cidades.

- **Conhecimento dos riscos profissionais**

O conhecimento dos riscos profissionais associados à baixa tecnologia e às péssimas condições de trabalho e de vida existe desde a antiguidade egípcia. No final da Idade Média os conhecimentos comuns são aprofundados por médicos como Agricola e Paracelsus. Bernardino Ramazini eleva esse conhecimento a um nível nunca alcançado por volta de 1700.

- **Acção dos intervenientes no mundo do trabalho**

Os trabalhadores escravos não aceitaram resignadamente as más condições de trabalho e de vida e a História refere numerosas revoltas que quase sempre terminaram de forma sangrenta. Os servos feudais presos à terra sempre intentaram a libertação por via do trabalho independente quer na actividade agrícola quer artesanal.

O renascimento das corporações como associações de artesãos a partir do século XI vem dar o primeiro impulso relevante às condições de trabalho e saúde dos trabalhadores. Os trabalhadores artesanais do fim da Idade Média são responsáveis pelas primeiras iniciativas preventivas dos efeitos negativos sobre a saúde resultante das más condições de trabalho. A especialização profissional bem como a associação de produtores garante um novo estatuto aos artesãos, assegurando-lhes inclusive uma maior participação na governação, particularmente nas cidades.

- **Intervenção das estruturas de poder das sociedades**

Neste período os poderes públicos não atribuem, em geral, grande valor à saúde dos trabalhadores que não representam mais que meios de produção facilmente substituíveis, quer como escravos quer como servos da gleba. São no entanto identificadas algumas incipientes medidas reguladoras como a criação, em França, no século XV, da figura de «visitador» das minas com o objectivo de melhorar *a sorte dos mineiros*, e os éditos reais do século XVI e XVII que promulgam a contratação de médicos e *padres para acompanhar os mineiros na sua difícil profissão* (Duclos, 1984).

## **2.2 Da 1ª Revolução Industrial à Segunda Grande Guerra**

### **2.2.1 Perspectiva geral (internacional)**

A revolução industrial inglesa datada de meados do século XVIII não é um facto isolado, súbito, mas sim a resultante de um longo processo evolutivo dos meios e da tecnologia de produção. A revolução industrial traduz-se por uma aceleração inédita na aplicação de inovações tecnológicas numa sequência que podemos considerar de revolução têxtil, metalúrgica, energética, social, demográfica, cultural, política económica e da medicina do trabalho (Macedo, 1982; Ashton, 1987; Rioux, 1996).

As explicações para o início da revolução industrial na Inglaterra do século XVIII não são unânimes, variam com o enfoque dado por cada um dos historiadores que se debruçaram sobre este período histórico. No essencial, concordam que a Inglaterra reunia as condições essenciais para a industrialização que, segundo Macedo (1982), podem sistematizar-se do seguinte modo (Macedo, 1982):

- Abundância de matéria-prima para a indústria têxtil. Criação extensiva de gado ovino com larga produção e exportação de lã e enorme disponibilidade de algodão produzido na grande colónia da Índia.
- Meios de transporte. Vasta rede de canais criada ainda no século XVIII (1769-1790), e uma marinha mercante em ascensão, disponível para o comércio internacional. A partir de 1820 iniciou-se a era do comboio a vapor.

- Capitais mercantis. O comércio internacional foi a principal fonte de acumulação de meios de pagamento que levaram ao grande desenvolvimento do sistema bancário inglês.
- Fontes de energia. A disponibilidade de fontes de energia hidráulica usadas na manufactura é ultrapassada pelas potencialidades de utilização do carvão mineral. Esta fonte de energia alternativa permitiu a produção em larga escala do aço necessário ao novo invento revolucionário, a máquina a vapor, bem como alimentá-la nos séculos seguintes.

Para melhor interpretar este processo de súbita aceleração da produção, que no essencial está concluído em Inglaterra em 1830, importa de forma sucinta acompanhar os múltiplos desequilíbrios provocados pela aplicação de uma nova técnica e as consequentes tentativas de reequilíbrio acompanhadas de novos avanços. Com a revolução industrial inglesa inicia-se a idade da máquina após a idade da ferramenta, o que segundo Lefranc corresponde aos dois únicos períodos históricos da história do trabalho e dos trabalhadores (Lefranc, 1988).

É na indústria têxtil, nomeadamente algodoeira, que estão referenciadas as primeiras roturas do modo de produção antigo. Em 1733 é introduzida a lançadeira volante nos teares o que se traduz por um aumento da produção com redução da mão-de-obra utilizada, criando a necessidade de mais fio. A oposição dos operários das manufacturas à sua introdução levou a que o seu uso generalizado só se concretizasse por volta de 1760 (Ashton, 1987; Murray, 1987b).

Em 1765 é inventada por Hargreaves a máquina de fiar “*Jenny*”, ainda de baixa tecnologia, feita em madeira, mas que permitia pôr a funcionar várias dezenas de fusos ao mesmo tempo. Requeria um baixo nível de energia (humana ou animal) e produzia fio fino de baixa resistência. A necessidade de fio sólido e resistente, base da urdidura ou teia, torna-se premente perante a produção em massa do fio fino da trama. Em 1767 é inventada por Ackwright a máquina pesada o bastidor, chamado a “*water frame*” que produz fio resistente, sólido e grosso necessitando de força motriz mais potente, animal ou hidráulica (Ashton, 1987). É possível a partir desta data fazer tecidos inteiramente de algodão substituindo a urdidura até aí feita de fio de lã ou linho, fiado manualmente. Para corresponder à crescente procura de matéria-prima para a fiação torna-se necessário

desenvolver a actividade de cardagem das fibras que passa a ser feita por um novo maquinismo patenteado em 1775, também por Ackwright (Macedo, 1982; Ashton, 1987).

Em 1779 é inventada por Crompton uma nova máquina que foi apelidada de “*Mule*”, na medida em que traduzia o compromisso entre os dois mecanismos anteriores, com capacidade de produzir, ao mesmo tempo, fio fino e resistente. Esta inovação gera novo desequilíbrio na fileira produtiva. Perante este nível de avanço da fiação, outras actividades da indústria têxtil encontram-se em desvantagem, nomeadamente, a tecelagem. Em 1787 Cartwright inventa o tear mecânico que encerra o ciclo das inovações determinantes da indústria têxtil. A oposição dos tecelões e a necessidade de aperfeiçoamento do mecanismo leva a que a sua progressiva utilização só se faça depois de 1800. Até ao fim do século XVIII novos inventos são ensaiados, nem sempre com êxito, com o objectivo de aumentar a produtividade das actividades a montante e a jusante da fiação (Macedo, 1982; Ashton, 1987).

Entretanto a partir de 1785 é aplicada à indústria têxtil a máquina a vapor inventada por James Watt, em 1769. O uso da máquina a vapor generaliza-se rapidamente porque a disponibilidade de ferro aumenta extraordinariamente com a invenção, em 1783, do processo de purificação deste metal a partir da sua produção com carvão mineral (Murray, 1987b).

A indústria química, necessária à tinturaria, completa já no primeiro quartel do século XIX o progresso da revolução industrial inglesa (Murray, 1987b).

A França, após a revolução de 1789, liberta-se das amarras das corporações e inicia a sua industrialização que, inicialmente, se baseia na introdução das máquinas de origem inglesa. Nos meados do século XIX a indústria francesa encontra-se em pleno desenvolvimento e a revolução industrial está concluída (1815/1848) (Duclos, 1984). A Alemanha, os EUA, a Itália e o Japão têm uma industrialização mais tardia mas, no essencial, instalada ainda no século XIX. Os restantes países, actualmente industrializados, só no século XX atingem o grau de desenvolvimento das forças produtivas daqueles países pioneiros. Assinale-se que a generalidade dos países em vias de desenvolvimento ou subdesenvolvidos apresentam, ainda, características económicas, laborais e sociais próprias de uma incipiente industrialização (Rioux, 1996).

O século XIX é também chamado o século do ferro e do aço, tal é a dominância deste produto industrial no sistema de produção. Pelo contrário, o século XX é marcado pelas indústrias petroquímica, química e do cimento na sua primeira metade e, mais recentemente, pelos meios de automação e computação (Rioux, 1996).

Na era da máquina, o modo de produção caracteriza-se pela intensificação do trabalho humano assalariado, acompanhado da parcialização das tarefas e a desqualificação dos operários. A propriedade das matérias-primas e meios de produção está completamente separada dos produtores e o trabalho transforma-se em mercadoria. Neste contexto a contradição e o conflito de interesses nas relações de trabalho, entre os trabalhadores e os patrões, irão manter-se até à actualidade (Duclos, 1984; Rioux, 1996).

No período manufactureiro, século XVIII, que antecede a era da máquina deu-se início a um arranque prolongado do crescimento demográfico na Europa resultado predominantemente de uma menor mortalidade mas também de um acréscimo da natalidade (**Quadro 1**). Foi relevante o contributo dos novos conhecimentos médicos e das novas medidas de saúde pública que foram sendo aplicadas na melhoria do habitat urbano a partir de meados do século XIX. No entanto, segundo Rioux (1996), o acréscimo populacional deve-se essencialmente à maior disponibilidade alimentar por aumento da produção e pela importação de cereais, a baixo preço, das colónias. A anteceder e durante o arranque da revolução industrial diversos factores terão contribuído para a maior produção na agricultura como a inovação técnica no trabalhar da terra e a introdução de novas variedades alimentares como a batata e o milho e mais tarde o arroz, (Macedo, 1982; Castro, 1987; Rioux, 1996).

**Quadro I - Crescimento da população mundial (1750-1900)**  
(Em milhões de habitantes)

	1750	1800	1850	1900
<b>EUROPA</b>	140	187	266	420
França	23	27,3	35,7	38,9
Grã-Bretanha (Inglaterra, Escócia, País de Gales)	7,4	15	22,9	38
Irlanda	3,1	5,1	6,6	4,4
Bélgica e Países Baixos	4,2 (?)	5	7,4	11,8
Suíça	1,4	1,7	2,3	3,3
Itália	13,6	18,1	24	32,4
Alemanha	17 (?)	23	35,9	56,3
Áustria-Hungria	10 (?)	28	35	49
Países escandinavos	3,4	4,2	6,3	9,9
Rússia europeia	14,5	36	57	103
Espanha	8,6	10,5	15	18,6
<b>Portugal</b>	<b>2,8</b>	<b>2,9</b>	<b>3,4</b>	<b>5,6</b>
Estados Unidos da América	1,5 (?)	5,3	23,1	76

Fonte: Rioux, 1996

É a agricultura feudal que fornece a mão-de-obra às revoluções industriais na Europa. O modo de produção capitalista na agricultura aparece como consequência da revolução industrial (Rioux, 1996).

Nos EUA a disponibilidade de mão-de-obra no século XIX e XX resulta do processo extraordinário de emigração que, na passagem de século, atingiu um milhão de emigrantes por ano.

Este crescimento demográfico vai desenvolver-se, antes e durante as revoluções industriais, até à Segunda Grande Guerra tendo constituído um estímulo importante ao crescimento económico mas não uma condição suficiente para provocá-lo. (Rioux, 1996)

Do ponto de vista social e de saúde dos trabalhadores as revoluções industriais acentuaram de forma brutal os traços negativos do trabalho assalariado do modo de produção manufactureiro. Longos tempos de trabalho, elevado esforço físico, condições de trabalho degradadas sem ventilação e sem higiene, má alimentação são as causas da miséria e degradação de vida dos operários a que se acrescenta muitas vezes o alcoolismo, a prostituição e ausência de condições mínimas de saúde pública (Duclos, 1984).

Esta «condição operária» chamou a atenção de patrões filantropos como Robert Owen e médicos humanistas como Thomas Percival e Villermé que iniciaram estudos, inquéritos e relatórios sobre as condições de vida e de trabalho dos trabalhadores que muito

contribuíram para a tomada de consciência pública das graves e inumanas consequências para a saúde e para a vida deste novo modo de produção (Duclos, 1984; Rioux, 1996).

O novo operariado incipientemente organizado só no final do século XIX e particularmente, no período que antecede a Primeira Grande Guerra, intervem de forma activa na defesa dos seus interesses em matéria de saúde laboral. O intervalo entre as Grandes Guerras, com a sua longa crise económica, não foi favorável ao desenvolvimento da saúde laboral e à intervenção dos trabalhadores e das suas organizações sindicais (Duclos, 1984).

É pela influência dos reformadores sociais, patrões filantropos, políticos liberais, filósofos e escritores, médicos humanistas, entre outros, que se dá início à defesa e promoção da protecção social e de saúde dos trabalhadores através da actividade pública e em consequência da intervenção do poder político através de legislação (Schilling, 1981; Graça, 2002).

A primeira legislação laboral relacionada com a saúde dos trabalhadores ficou conhecida como a *Lei da Moral e dos Aprendizes* de 1802. Foi uma decisão do Parlamento Inglês correspondendo à proposta apresentada por um ilustre industrial Sir Robert Peel que deu sequência aos estudos de campo de Thomas Percival, médico de Manchester. Com esta lei iniciou-se um longo processo de intervenção do poder político na regulação das condições de trabalho e na supervisão dos efeitos negativos sobre a saúde relacionados com o trabalho (Schilling, 1981; Murray, 1987b).

A construção do edifício normativo é concretizada através de sucessivas leis baseadas em conhecimentos médicos e sociais que, no essencial, tendem a reduzir o tempo de trabalho diário e semanal, a limitar a idade de recrutamento das crianças e das mulheres para o trabalho industrial, primeiro na indústria algodoeira e depois nas minas, na indústria metalúrgica e química (Schilling, 1981; Duclos, 1984).

Em 1833 é publicada a Lei das Fábricas, a primeira que vai ter alguma efectividade visto que nomeia os primeiros quatro inspectores de fábrica encarregados da sua aplicação, e apela, de forma inovadora, ainda que limitada, à participação dos médicos a quem é atribuída a tarefa de certificar que os menores tinham a idade mínima para trabalhar - 9 anos (Schilling, 1981; Murray, 1987b).



Nesta data a regulamentação do dia de trabalho dos jovens é estruturado do seguinte modo: interdição do emprego a menores com menos de 9 anos de idade; limite de 8 horas diárias (seis dias semana de trabalho) aos menores entre os 9 e os 13 anos; limite de 12 horas/dia aos adolescentes dos 13 aos 18 anos; interdição do trabalho nocturno a todos os menores e adolescentes (Murray, 1987b; Graça, 2002).

Em 1844, verifica-se novo avanço na restrição do tempo de trabalho com redução para 6 horas e meia para as crianças com menos de 13 anos. As mulheres com menos de 18 anos são incluídas na limitação do horário máximo das 12 horas diárias e proibidas do trabalho nocturno (Murray, 1987b; Graça, 2002).

Em 1847, é promulgada a *Lei das Dez Horas* culminando uma longa batalha social e política. A sua aplicação prática a todos os sectores industriais foi feita ao longo da segunda metade do século XIX (Duclos, 1984; Graça, 2002).

Em França, acompanhando o processo de industrialização, também se verificou idêntico processo legislativo. Em 1841, foi publicada a primeira lei que interdita o trabalho a menores de 8 anos em fábricas com mais de 20 operários. O limite de tempo de trabalho é fixado em 8 horas para as crianças dos 8 aos 12 anos de idade (Duclos, 1984).

Até final do séculos XIX todos os países industrializados adoptam algum tipo de normas reguladoras do tempo de trabalho e de acesso das crianças, jovens e mulheres ao trabalho industrial. Na transição para o século XX e antes da Primeira Grande Guerra é reconhecida legalmente a responsabilidade patronal, primeiro, pelos acidentes de trabalho e, depois, pelas doenças profissionais, com a publicação de leis de reparação dos danos causados pelo trabalho. No caso inglês data de 1897 a lei de reparação dos acidentes e de 1906 a lei de reparação das doenças profissionais (Graça, 2002).

No período que mediou entre as duas Grandes Guerras poucos avanços legislativos se verificaram. Alguns países como o Canadá e a União Soviética fizeram a sua industrialização em condições específicas de tal maneira que nas vésperas da Segunda Grande Guerra a relação das grandes potências industriais que exercem um domínio apertado sobre o resto mundo era, segundo Rioux (1996), a seguinte: Estados Unidos da América, Grã Bretanha, Alemanha e França em primeiro lugar, aos quais se junta a Bélgica, a Itália e o Japão e os recém chegados Canadá e Suécia (Rioux, 1996).

Os primórdios da medicina do trabalho têm raízes nos médicos de empresa voluntariamente contratados por alguns industriais pioneiros da revolução industrial. Com a *Lei das Fábricas de 1833* nasce a primeira incumbência da peritagem médica obrigatória atribuindo aos médicos a função de comprovar a idade aparente das crianças (9 anos) para efeito do cumprimento da idade limite de admissão ao trabalho industrial (Schilling, 1981; Graça, 2002).

A patologia profissional sofre significativas alterações com as revoluções industriais passando da patologia própria de cada profissão para um largo conjunto de doenças e afecções dos trabalhadores relacionadas com as actividades económicas. Nas novas relações de trabalho industrial a tuberculose aparece como o símbolo revelador das difíceis condições de vida (Duclos, 1984).

A *miséria operária*, primeiro em Inglaterra e depois em França, desencadeou a intervenção de patrões, filantropos e de médicos humanistas, entre outros, que analisaram e divulgaram os primeiros estudos sobre os efeitos negativos do novo tipo de trabalho industrial onde o artesão é substituído pelo operário desqualificado que fica sujeito a um conjunto de afecções relacionadas com as condições de trabalho (Duclos, 1984; Graça, 2002).

Em 1775, Percivall Pott (1713-1788), médico inglês chama a atenção para o cancro do escroto de limpa-chaminés, baseado em dados clínicos de observações sistemáticas e na frequência acrescida desta patologia neste grupo de trabalhadores.

Em 1784, Thomas Percival (1740-1804), é encarregue do estudo de uma epidemia de tifo nas fábricas de têxteis de Manchester. No seu relatório atribui a gravidade da infecção às longas horas de trabalho e à acumulação de trabalhadores no mesmo local de trabalho. Defende a redução do horário de trabalho, a proibição do trabalho nocturno e a oportunidade de educação, nomeadamente para as crianças. Mais tarde em 1795, Percival e colaboradores assumem voluntariamente a supervisão de fábricas da indústria têxtil (Schilling, 1981).

Em 1832, é publicado o primeiro livro inglês sobre doenças profissionais intitulado “*The effects of the principal Arts, Trades and Professions and of civic states and habits of living, on health and longevity, with suggestion for the removal of many of the agents*

*which produce disease and shorten the duration of life*” da autoria do médico de Leeds, Charles Turner Thackrah (1795-1833). Neste estudo Thackrah e colaboradores descrevem os problemas de saúde mais frequentes nos diferentes tipos de empregos, baseados em inspecções cuidadosas dos trabalhadores e em entrevistas a patrões, encarregados e trabalhadores esclarecidos (Murray, 1987b).

Para além da descrição precisa da sintomatologia de algumas doenças profissionais como a intoxicação pelo chumbo em operários da cerâmica, doenças pulmonares em mineiros e em polidores de metais, Thackrah preocupa-se com as consequências agravadas das más condições de trabalho no desenvolvimento e na saúde das crianças (Murray, 1987b).

Tanquerel des Planches, médico francês publica em 1839 o primeiro tratado monográfico sobre o saturnismo. Em 1840, Villermé publica o seu relatório sobre o estado de saúde física e moral dos operários das indústrias manufactureiras francesas, resultado do inquérito que desenvolveu com Chateauneuf, por incumbência da Academia das Ciências Morais e Políticas, em 1835. Das suas observações especial atenção é dada ao trabalho infantil de crianças de 4, 5 e 6 anos. Conclui pela necessidade de limitar os horários de trabalho que chegavam a atingir as 14 horas por dia (Duclos, 1984).

Em 1842, Southwood Smith preside à comissão nomeada pelo parlamento inglês para estudar a situação do emprego de crianças nas minas e nas indústrias. O relatório final é acompanhado de gravuras descritivas das situações de trabalho observadas, particularmente de mulheres e crianças, de que resultou um enorme impacto público (Ashton, 1987; Murray, 1987b).

Em meados do século XIX William Farr, médico inglês publica o primeiro estudo sobre mortalidade por profissão, chamando atenção para os elevados riscos de acidente e doença nos mineiros e operários das fábricas. Edward Greenhow, como epidemiologista pioneiro, aprofundou os estudos sobre taxas de mortalidade brutas por profissão comparando cidades mineiras com cidades sem essa indústria extractiva. Concluiu que a taxa de mortalidade nas cidades mineiras era quatro vezes superior às não mineiras, pelo que a elevada mortalidade por doença pulmonar em certas zonas de Inglaterra se poderia atribuir à inalação de poeiras e fumos nos locais de trabalho (Schilling, 1981).

Em 1884, Adolph Smith corresponde a uma solicitação específica da revista “*The Lancet*” e publica diversos artigos sobre as consequências para a saúde do sistema de trabalho de contrato ao domicílio, chamado “*Sweating System*”, largamente aplicado na Grã-Bretanha. Mais tarde, em França, 1913, Pasquet publica uma tese “*Londres et les ouvriers de Londres*”, bem documentada sobre os inconvenientes do trabalho a contrato no domicílio (Duclos, 1984).

Em 1892, J.T. Arlidge publica “*The hygiene, diseases and mortality of occupations*”, que traduz a actualização dos conhecimentos da época integrando estudos sobre mortalidade por profissões (Murray, 1987b).

Em 1895, inicia-se historicamente em Inglaterra o processo de notificação médica obrigatória das doenças profissionais. Inicialmente são incluídas as afecções provocadas pelo fósforo, chumbo, arsénio e o carbúnculo. Doravante, e com regularidade, vão sendo acrescentadas novas doenças que a ciência médica vai fundamentando como profissionais (Schilling, 1981).

Em 1899 é incluída a intoxicação pelo mercúrio, em 1915 a intoxicação pelo tetracloreto de carbono, em 1920 as lesões dermatológicas provocadas pelo alcatrão, óleos minerais e outros, em 1924 as intoxicações pelo benzeno, anilina e sulfureto de carbono, em 1936 a intoxicação pelo manganésio e em 1938 a doença do ar comprimido. Muitos outros quadros de doenças profissionais vão sendo descritos, já não só na Grã-bretanha mas em muitos outros países europeus (Murray, 1987b).

O princípio da reparação dos danos para a saúde resultante do trabalho foi instituído na Grã-Bretanha em 1897 para os acidentes de trabalho e em 1906 para as doenças profissionais. Até à segunda grande guerra, 41 doenças profissionais estavam cobertas pelo regime legal de reparação. Em 1898, é nomeado o primeiro inspector médico da Grã-Bretanha, Thomas Legge, que será responsável por numerosos estudos de riscos profissionais e fica associado às primeiras tentativas internacionais de normalização das condições de trabalho na perspectiva da saúde e da segurança, como por exemplo a convenção da O.I.T., de 1921, referente à proibição do uso do branco de chumbo nas pinturas de interiores (Schilling, 1981; Murray, 1987b).

Outros marcos importantes do conhecimento médico da patologia profissional são: em 1902, a publicação por T. Oliver do livro sobre “*Dangerous trades: The historical, social and legal aspects of industrial occupations as affecting health*”; em 1907, a descrição por Montagne Muray dos efeitos patológicos da inalação das poeiras de asbestos e em 1928, Merewether estabelece a natureza fibrogénica das poeiras de asbestos. Ainda em 1948, este último autor, descreve o papel etiológico desse agente do cancro do pulmão (Murray, 1987b).

Seguindo o pensamento de Murray (1987b) podemos, sinteticamente, considerar que no século XIX é criada a base científica do conhecimento das relações trabalho e saúde, centrado essencialmente na exploração de estudos médicos sobre os efeitos negativos das ocupações na saúde dos trabalhadores (Murray, 1987b).

O progresso deste conhecimento da saúde laboral subordinou-se a princípios ou objectivos inovadores como: a salvaguarda da saúde da população operária e, em primeiro lugar, das crianças e das mulheres; a prevenção dos *males* e acidentes nos locais de trabalho; a restrição das horas de trabalho e, muito especialmente, a aceitação do princípio do controle estatal sobre a forma como é organizado e em que condições é exercido o trabalho, através da publicação das leis das fábricas (Duclos, 1984).

O conhecimento das relações trabalho e saúde na primeira metade do século XX traduz claramente o avanço da ciência no período moderno pós-revolução industrial. A patologia laboral vai ser influenciada pelo progresso técnico-científico da química, da metalúrgica e da engenharia, que sofrem um significativo incremento a partir da segunda metade do século XIX. A destilação em larga escala do alcatrão de hulha e o isolamento de produtos como o benzeno e o tolueno e muitos outros compostos aromáticos marca a 2ª metade do século XIX. Associada a estas inovações técnicas que irão ter grande desenvolvimento no século XX nasce uma nova área do conhecimento a Toxicologia Industrial que se tornará dominante no estudo das doenças profissionais provocadas por novas substâncias químicas largamente usados na indústria. Nos EUA a indústria petroquímica assume a liderança mundial na primeira metade do século XX e cria as condições para o amplo desenvolvimento da química de síntese depois da Segunda Grande Guerra. A estas condições não será estranho o grande desenvolvimento do conhecimento da Higiene Industrial verificado na América do Norte (Murray, 1987a).

Segundo Wisner (1987), até à Segunda Grande Guerra as ciências humanas estiveram orientadas para a observação dos efeitos do trabalho sobre o homem, em particular dos *efeitos perigosos* e secundariamente para o estabelecimento de regras de protecção da saúde. Esta abordagem tem limitações uma vez que deixa de lado tudo o que não é provado ou conhecido, não aborda as condições de trabalho penosas ou indirectamente nocivas e não propõe nenhuma solução ou orientação de tratamento do *conflito* entre as exigências do trabalho e a protecção da saúde (Wisner, 1987).

No final do século XIX aparecem os primeiros movimentos para harmonizar/normalizar as práticas de trabalho. O grande argumento utilizado foi o de que as deletérias condições de trabalho punham em perigo a paz e a harmonia internacional. Outras correntes de pensamento assinalam que as más condições de trabalho constituem um obstáculo à livre concorrência e ao comércio internacional na medida em que o não investimento neste campo diminui artificialmente os custos de produção (Schilling, 1981).

Em 1900, é criada a Organização Internacional para a Legislação do Trabalho. Seis anos mais tarde formula e adopta duas convenções ou tratados internacionais, um dos quais se referia à proibição do uso do fósforo amarelo para produção de fósforos domésticos. Após a Primeira Guerra Mundial, a Conferência de Paz de Versailles cria a Comissão Internacional para a Legislação do Trabalho. Normas mínimas tomam a forma de convenções ou recomendações. As convenções quando ratificadas por uma nação assumem aí a força de lei. Por contraste as recomendações não são ratificadas como instrumentos legais podendo, no entanto, ser adoptadas. Enquanto as primeiras são mais curtas e genéricas, as segundas são mais extensas e incluem princípios e orientações práticas, servindo como modelo para as legislações nacionais (Murray, 1987a).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) é uma das mais antigas agências das Nações Unidas criada após a Primeira Grande Guerra e integrada então na Sociedade ou Liga das Nações. Após a Segunda Grande Guerra a OIT passou a fazer parte das Nações Unidas e, conjuntamente, com a Organização Mundial de Saúde têm desenvolvido um vasto conjunto de propostas e orientações de carácter genérico, influenciando as leis e as práticas nacionais de grande número de países (Rantanen, 1990 ).

A OIT tem a característica particular de ser um organismo tripartido com representação dos governos, dos patrões e dos trabalhadores e entre as suas funções inclui-se a melhoria

das condições de trabalho através da produção de normas e orientações internacionais a serem subscritas voluntariamente pelos Estados Membros (Rantanen, 1990).

Em teoria, a influência da OIT é enorme visto que tem elaborado um vasto conjunto de directivas e normas sobre segurança, higiene do trabalho e organização de serviços de cuidados de saúde ocupacional que têm afectado o desenvolvimento das leis e a prática da Saúde Ocupacional a nível mundial. Em concreto, o impacto da actividade de normalização da OIT nem sempre é tão visível porque a aplicação no terreno das suas orientações enfrenta numerosos obstáculos de natureza política, técnica e de insuficiência de recursos humanos qualificados (Dinman, 1987).

Entre as duas Grandes Guerras a OIT orienta os seus esforços de investigação e legislativos para o desenvolvimento de padrões mínimos relativos às condições de trabalho e da saúde dos trabalhadores. As convenções mais relevantes são as nº 17 e nº 18 de 1925, referentes à reparação dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais, respectivamente. Nessa data são contempladas somente três entidades nosológicas como doenças profissionais: o saturnismo, o hidrargirismo e o carbúnculo. Em 1934, é publicada a convenção nº 42 que procede à primeira revisão da lista de doenças profissionais reparáveis (Rantanen, 1990).

### **2.2.2 O Caso Português**

Em 1776 são introduzidas na fábrica de Portalegre as primeiras máquinas inglesas de fiar “jennies” e “mule”. Na primeira década de oitocentos existem no país mais de 500 fábricas. O número de artesãos e operários manufactureiros cresce durante o século XVIII e a escravatura desaparece gradualmente e acaba por ser proibida em 1761. As vias de comunicação e os transportes têm significativo desenvolvimento (Macedo, 1982).

As invasões francesas de 1807-11, a abertura à Inglaterra do tráfico com o Brasil e o crescimento espectacular da indústria britânica são as principais razões da prolongada depressão comercial e económica de Portugal da 1ª metade do século XIX, superada pelo triunfo definitivo do liberalismo no 2º quartel desse século (Cabral, 1977)

A guerra civil de 1832 a 1834 entre liberais e absolutistas provoca elevados prejuízos e acaba por arruinar a já de si desastrosa economia nacional que fica à mercê dos credores externos, ingleses e franceses (Sá, 1992).

Apesar da vitória política do liberalismo a implantação definitiva do novo modelo económico só será feita a partir de meados do século XIX com a acalmia da agitação política (Macedo, 1982; Sá, 1992)

Segue-se um longo período de crescimento económico e lenta industrialização que se prolonga até ao advento do Estado Novo. Segundo Cabral, de 1854 a 1890 dá-se o desenvolvimento do *capitalismo português* que toma o nome de Regeneração e tem como política paradigmática o *Fontismo*. O essencial do crescimento parece assentar ainda no sector agrícola cujas exportações fornecem os meios necessários ao desenvolvimento industrial, nomeadamente importação de máquinas e matérias-prima (Cabral, 1977).

Até 1864, o desenvolvimento da maquinofactura é lento, disperso e traduz-se na introdução dos maquinismos das revoluções industriais Inglesa e Francesa, que de forma sucinta podemos destacar: em 1835, entra em actividade na indústria a primeira máquina a vapor; em 1840, trabalham quatro máquinas com 79 cavalos-vapor; em 1850, quase duplica o número de máquinas e decuplicam os cavalos-vapor; em 1881, mais de 10.000 cavalos-vapor e no princípio do século XIX cerca de 100.000 (Cabral, 1988).

A importação de máquinas industriais duplica sucessivamente nos dois quinquénios de 1870 a 1879 e volta a aumentar 50% entre 1885 e 1889. Na indústria têxtil e algodoeira o número de teares mecânicos passa de 400 a 1000 entre 1875 e 1880. Mas a regeneração é ainda a época das grandes obras públicas ligadas, principalmente, aos transportes. Em 1890 a rede ferroviária tem mais de 2.000 km e transporta mais de 2.700.000 de toneladas de carga e cerca de 5.700.000 de passageiros. Ainda segundo o mesmo autor a construção de estradas e portos tem também grande incremento neste período (Cabral, 1977).

O desenvolvimento sem precedente das forças produtivas determina um agravamento das condições e organização do trabalho com as consequências negativas para o número crescente de operários. Como noutros países, a industrialização desencadeia graves problemas de saúde pública relacionados com a aglomeração desordenada das populações



nos centros industriais nomeadamente nas cidades, para além de ser responsável pela “nova” patologia laboral (Cabral, 1988).

No último quartel do século XVIII e primeiro do século XIX são traduzidos e divulgados os novos avanços da medicina e da saúde pública principalmente de origem francesa e inglesa. Em 1787 Manuel Henriques de Paiva publica um opúsculo sob a forma de “*Aviso ao Povo*”(3º) que inclui “*preceitos mais importantes concernentes... às diferentes profissões e ofícios... que se devem observar para prevenir as enfermidades, conservar a saúde e prolongar a vida*”. José de Freitas Soares, vogal membro da Junta de Saúde Pública e membro da Instituição Vacínica, escreve em 1818, o “*Tratado de Polícia Médica*”, onde propõe a organização dos serviços sanitários com base na divisão administrativa e termina com um conjunto de providências relativas à salubridade das habitações e das fábricas (Lemos, 1991; Justo, 1993).

O código civil de 1867 incluiu algumas referências ao Direito do Trabalho e, no caso particular de acidentes de trabalho, determina que os empresários indemnisem os trabalhadores dos danos ocorridos caso estes façam prova, em tribunal, de existir culpa da entidade patronal (Faria; Faria, 1989).

Em 1868, com a reorganização dos serviços de saúde todos os médicos ficam obrigados a participar as doenças contagiosas e muito particularmente as que supostamente tivessem sido contraídas no exercício da profissão (Justo, 1993).

Os progressos da saúde pública e o desenvolvimento da medicina acompanham, primeiro o advento do liberalismo e depois o desenvolvimento económico do século XIX sem no entanto terem aprofundado estudos sobre a saúde da ainda pouco numerosa classe operária (Cabral, 1988).

O crescimento do número de operários nos principais núcleos industriais é acompanhado de novas formas associativas que passam inicialmente pelo cooperativismo e mutualismo e posteriormente por associações de classe profissional. Os seus objectivos dominantes, na segunda metade do século XIX, são a redução do horário de trabalho e o aumento dos salários. No entanto, no Congresso Operário de 1890 para além da reivindicação das 9 horas de trabalho diário, são inscritas, pela primeira vez, reivindicações relacionadas com

a Higiene do Trabalho e as condições de vida e de trabalho particularmente das mulheres e das crianças (Graça, 2002).

Em 1891 são publicadas as primeiras medidas legislativas sobre a saúde laboral e a exemplo de outros países mais avançados também começaram por se preocupar com a melhoria das condições de horário de trabalho das crianças e das mulheres. Igualmente a sua aplicação prática foi quase nula tendo ficado, no entanto, como bandeira política na defesa da saúde dos trabalhadores (Graça, 2002).

No final do século XIX e primeiro quartel do século XX o ritmo moderado de industrialização mantém-se não se tendo verificado a aceleração do progresso técnico próprio das revoluções industriais.

A taxa de crescimento (média anual) da produção industrial de 1855 a 1912 variou entre 2% e 3,3%. No conjunto do período o crescimento anual foi de 2,3 a 2,8 e corresponde segundo Lains (1987), a um caso mal sucedido de industrialização concorrencial (Lains, 1987).

A emigração de portugueses durante o largo período da industrialização até ao Estado Novo manteve-se sempre em valores elevados orientada preferencialmente para o Brasil, Argentina e Estados Unidos. Segundo Leite (1987), de 1855 a 1879 emigraram 258.499 portugueses e de 1880 a 1914, 1.047.769 (Leite, 1987).

Tão elevada redução de mão-de-obra não teve reflexo relevante no desenvolvimento industrial do país tendo, contudo, aliviado a pressão sobre os campos, muito fragmentados e de baixa produtividade (**Quadro 2**). De resto às remessas dos emigrantes se deve o relativo equilíbrio das contas públicas durante esse período. O advento da República não trouxe mudanças significativas no ritmo de crescimento das forças produtivas, nem alteração relevante do modo de produção capitalista na indústria e campos do Sul e a prática de uma agricultura de subsistência no Norte e Centro do país, onde se concentra uma larga reserva de mão-de-obra campesina (Leite, 1987).

**Quadro 2 - Distribuição da População Activa****(Transição entre os séculos XIX e XX)**

Sector de Actividade	1890		1900		1911	
	Milhares	%	Milhares	%	Milhares	%
Agricultura	1.563	61,5	1.530	62,3	1.460	57,4
Minas, pedreiras	5	0,2	4	0,2	9	0,3
Indústrias: Transformação, construção, água e gás	448	17,6	455	18,5	548	21,5
Transportes e armazéns	53	2,1	66	2,7	77	3,0
Comércio, banca e seguros	103	4,1	142	5,8	154	6,1
Serviços: administração, Forças Armadas, domésticas, clero, etc.	360	14,2	260	10,6	295	11,6
População activa	2.540	100,0	2.457	100,0	2.545	100,0
População total	5.050		5.430		6.000	

Fonte: F. Marques da Silva, O Povoamento da Metrópole através dos Censos, Lisboa: INE, 1970 in Cabral (1988)

A população activa do sector secundário, minoritário, progride em termos absolutos de 1890 a 1911, mais 100.000 trabalhadores, assumindo o segundo lugar em importância a seguir ao sector primário ainda largamente dominante (**Quadro 2**). Neste período de transição a população activa mantém-se estável apesar do crescimento da população que atinge os 6.000.000 de habitantes no ano de 1911 (Cabral, 1988).

O curto período republicano de 16 anos não alterou, no essencial, a estrutura produtiva nacional, não se tendo verificado a aceleração do progresso das forças produtivas. As principais inovações verificaram-se na área administrativa e legal da organização do trabalho sem, no entanto, terem sido modificadas ou empreendidas quaisquer alterações relevantes das condições de vida e de trabalho das classes trabalhadoras. Na continuação do anterior período de transição a participação dos trabalhadores organizados em acções reivindicativas foi muito activa contribuindo para a clima geral de instabilidade política que caracterizou a 1ª República (Cabral, 1988).

O inquérito da Direcção Geral de Comércio e Indústria de 1910 diagnostica as terríveis condições de trabalho na indústria. Outros estudos, alguns iniciados antes da República, dão ao poder político consciência da situação levando à publicação de legislação protectora de que, segundo Cabral (1988), os exemplos seguintes são os mais relevantes:

- Em 1909 foi publicada regulamentação a favor dos operários da construção civil (condições de segurança). Os empreiteiros do Porto opuseram-se e a legislação foi suspensa.
- Em 1910 é legalizado o direito à greve e ao *lock out* e é regulamentado o descanso semanal obrigatório e o número de horas de trabalho.
- Em 1913 é publicada legislação que responsabiliza as entidades patronais pelos acidentes de trabalho.
- Em 1915 é estabelecido novo regulamento sobre horário de trabalho. É criado o Ministério do Trabalho e Previdência Social que integra a Direcção Geral do Trabalho.
- Em 1918 é sistematizada a regulamentação relativa a estabelecimentos insalubres e indústrias perigosas e tóxicas.
- Em 1919 é estabelecido o regime de 8 horas de trabalho diário, e 48 horas semanais na função pública e é criado o seguro social obrigatório contra *desastres do trabalho*.
- Em 1922 é publicado o Regulamento de Higiene, Salubridade e Segurança dos estabelecimentos industriais.

No primeiro quartel do século XX a taxa de crescimento industrial anual foi em média de 7%, tendo-se recuperado algum atraso em relação com os países mais desenvolvidos (Cabral, 1988).

A emigração para as Américas durante a 1ª República acentuou-se com ligeiro abrandamento durante a guerra e atingiu valores anuais que só vieram a ser ultrapassados na década de sessenta. A média oficial de emigrantes, de 1905 a 1913, elevou-se a mais de 50.000 pessoas por ano (Cabral, 1988).

A implantação do Estado Novo Corporativo impôs a pacificação política com a derrota das oposições. De 1926 até ao início da Segunda Grande Guerra em 1939, as forças produtivas estagnaram, as receitas mantiveram-se praticamente constantes e as despesas progrediram lentamente. Foram lançadas campanhas de reparação de estradas e outras estruturas ocupando a mão-de-obra que estava impedida de emigrar. As décadas de 30 e 40 foram de forte crescimento demográfico. Durante a Segunda Grande Guerra, Portugal foi beneficiado por condições de comércio externo favoráveis, tendo-se verificado um significativo progresso económico. Volfrâmio e produtos primários da agricultura foram a base do *superavit* da balança comercial verificado em 43 e 44, que de resto nunca mais se repetiu (Marques, 1995).

*Tendo em conta o modelo de análise da evolução histórica da saúde dos trabalhadores explanado no Ponto 1 (25-32) e sintetizado na Figura 3 (Pag. 30) podemos considerar que no período que vai da primeira revolução industrial (Inglesa) à Segunda Grande Guerra, integrado na Proto-história da saúde laboral, se deu a descolagem da revolução industrial nos principais países industrializados e se verificou a criação, no essencial, das condições para o desenvolvimento futuro da Medicina do Trabalho Clássica. Os factores positivos foram: o progresso dos conhecimentos da patologia laboral e a própria intervenção dos médicos; a pressão social designadamente a sindical; a penúria de mão-de-obra em períodos críticos e os avanços políticos e legais da responsabilidade dos Estados. Pelo contrário, constituíram obstáculos os interesses dos proprietários dos meios de produção; a plethora de mão-de-obra; a desvalorização social dos produtores, o atraso na organização sindical dos trabalhadores e a insensibilidade de governos e regimes políticos em relação à saúde dos trabalhadores (Schilling, 1981; Duclos, 1984; Ashton, 1987; Murray, 1987a,b; Rioux, 1996; Graça, 2002).*

*De forma sucinta a influências dos diversos factores no desenvolvimento da saúde dos trabalhadores neste período foi a seguinte:*

- **Desenvolvimento das forças produtivas e do modo de produção e das relações de produção**

Com as revoluções industriais dá-se início à era da máquina que no essencial se caracteriza por um progresso extraordinário das forças produtivas. Irrompe o novo modo de produção industrial com relações de produção diferenciadas entre os proprietários dos meios de produção e os trabalhadores ou produtores que vendem a sua força de trabalho. O desenvolvimento da técnica e da ciência progride, a ritmos nunca alcançados, num número restrito de países da Europa, EUA e Japão. O uso do meio de trabalho humano é significativamente intensificado. Novas formas de organização do trabalho humano assalariado são postas em prática.

- **Demografia laboral**

A revolução industrial é acompanhada de significativo crescimento demográfico em resultado da diminuição da mortalidade. Mas são os períodos de penúria de mão-de-obra, incluindo as guerras, que mais contribuíram para os avanços da técnica e valorização do trabalho humano.

- **Contributo da medicina e dos médicos**

Os médicos e a medicina do trabalho assumem um papel relevante neste período histórico do desenvolvimento da saúde dos trabalhadores. Estudos médicos das condições de trabalho e patologia profissional e os relatórios correspondentes serviram de base à generalidade de propostas legais e políticas que foram aprovadas no século XIX, em todo o mundo industrializado. Para além deste papel técnico os médicos ligados ao mundo do trabalho desenvolvem ao longo deste período um estatuto que vai evoluir de médico certificador da idade mínima das crianças para o desempenho de actividade profissional (Lei das Fábricas de 1833, Reino Unido), passando por médico de empresa, médico notificador e finalmente médico do trabalho, na visão moderna, durante a Segunda Grande Guerra.

- **Influência de organismos internacionais**

No limiar do século XX manifesta-se a necessidade internacional de harmonização das condições de trabalho não só com o intuito de defender a saúde dos trabalhadores, mas também de garantir a livre concorrência no mercado mundial de trabalho. Assiste-se à

criação de organismos internacionais de natureza técnica e política que influenciam os avanços e a divulgação dos conhecimentos científicos, com especial destaque para a OIT, organismo da Sociedade das Nações e a Comissão Internacional primeiramente da Medicina do Trabalho e posteriormente da Saúde Ocupacional (*International Commission on Occupational Health -ICOH*). São aprovadas as primeiras convenções internacionais relacionadas com a saúde dos trabalhadores.

- **Valorização filosófica e social do trabalho**

Neste período o trabalho assalariado é dominante e socialmente valorizado como meio de subsistência. A revolução francesa de 1789, cria as condições para uma intervenção dos intelectuais e filósofos que, progressivamente, vão defender valores humanos que permitem um ascenso do modo de produção capitalista em detrimento do modo de produção feudal. A miséria operária será retratada e denunciada pela literatura e filosofia de muitos e ilustres autores do industrialismo mundial. Mas são as duas Grandes Guerras que, contraditoriamente, vão contribuir mais que qualquer outra intervenção para a valorização social do trabalho humano e correspondente melhoria das condições de trabalho

- **Conhecimento dos riscos profissionais**

A consciência dos riscos profissionais induzidos pelo novo modo de produção é progressiva e sofre significativas acelerações perante situações graves consideradas escândalos públicos devidos elevada morbi-mortalidade. No século XIX, os emergentes problemas de saúde pública ligados ao saneamento básico, habitação, alimentação, alcoolismo e doenças infecto-contagiosas relegaram para segundo lugar os problemas de saúde laboral. No início do século XX e particularmente entre as duas Grandes Guerras novo impulso é dado à tomada de consciência dos riscos profissionais resultante de uma maior divulgação pública das situações de risco novamente associadas a situações extremas.

- **Acção dos intervenientes do mundo do trabalho**

A intervenção dos trabalhadores vai evoluir desde os movimentos primitivos do tipo “*ludita*” que se manifestam destruindo as máquinas, para, a partir do segundo quartel do

século XIX, se apresentar sob a forma de movimentos mais politizados do tipo da associação *cartista* em Inglaterra. A partir de meados do século XIX os trabalhadores lançam um movimento mais organizado tipo sindical em que os principais objectivos são a redução do horário de trabalho e a defesa de melhores salários. É durante a Primeira Grande Guerra que se dá um salto qualitativo no movimento sindical que introduz nas suas reivindicações a melhoria das condições de trabalho para além da redução do horário de trabalho. Cabe a um sindicalista francês ser o primeiro director da OIT e do seu BIT, organização saída da Sociedade das Nações em 1919.

- **Intervenção das estruturas de poder das sociedades**

É neste período que são introduzidas no quadro legislativo, em primeiro lugar no Reino Unido, e posteriormente nos restantes países industrializados normas protectoras contra os principais problemas de saúde e segurança nos locais de trabalho de que eram vítimas em primeiro lugar crianças e mulheres. A efectividade das medidas legislativas aprovadas durante o século XIX foi quase sempre pequena por insuficiência da fiscalização da sua aplicação. Só depois da Primeira Grande Guerra a legislação protectora das condições gerais de trabalho tem uma maior implementação com as *Inspecções do Trabalho* a assumirem uma intervenção de maior relevo. No entanto o prolongado período de recessão e de depressão económica entre as Grandes Guerras limitou de forma significativa a elaboração de novos instrumentos legais reguladores das condições de trabalho.



### **3. Sistema Clássico de Medicina do Trabalho**

#### **3.1. Introdução**

A Segunda Grande Guerra, 1939-1945, leva a uma grande perturbação social e demográfica na Europa e a uma significativa alteração do sistema produtivo. Paradoxalmente é durante esta guerra, como de resto já tinha acontecido na Primeira Grande Guerra, que são lançadas as novas perspectivas de desenvolvimento da Medicina do Trabalho, hoje denominada «clássica» (Murray, 1987a; Emmett, 1997; Graça, 2002).

Este período específico de desenvolvimento da saúde dos trabalhadores vai prolongar-se até início da década de oitenta do século XX, coincidindo com um ciclo do desenvolvimento das forças produtivas no pós guerra em que se verificou a extensão da industrialização e o modo de produção capitalista à generalidade dos países europeus e alguns outros como a Austrália e Nova Zelândia, sob a orientação das potências industriais pioneiras bem sucedidas na primeira metade da centúria. Concomitantemente é desenvolvido um processo autónomo de industrialização dos países socialistas europeus do pós guerra sob a liderança da União Soviética. O aumento continuado da produção e a aplicação generalizada de inovações científicas e técnicas é um traço característico deste período que vai ter a primeira crise com o primeiro choque petrolífero de meados da década de setenta e as consequentes alterações da demografia laboral e crises de produção e consumo. A grande produção de aço no mundo industrializado, verificada na primeira metade do século XX, vai continuar a progredir até 1974 e a partir daí estabiliza. (Murray, 1987a).

Durante a Segunda Grande Guerra a indústria metalúrgica diversifica a sua produção de novas ligas com níquel, cromo, alumínio e outros metais, com o objectivo de produzir materiais mais resistentes à fadiga e à corrosão, dando seguimento às inovações do 1º quartel do século XX. A polimerização do etileno com a produção do polietileno (plástico) tem um grande desenvolvimento neste período. Na década de sessenta a indústria química produz novos derivados para a indústria têxtil no caso das fibras sintéticas (Murray, 1987a).

As necessidades de mobilizar a indústria imediatamente antes, durante e depois da Segunda Grande Guerra deu novo impulso à Medicina do Trabalho e a outras disciplinas da Saúde Ocupacional como a Fisiologia do Trabalho e Ergonomia, a Sociologia do Trabalho e das Organizações, a Psicologia do Trabalho e a Saúde Mental relacionada com o trabalho. São criadas numerosas instituições académicas, científicas e profissionais ligadas à formação de profissionais médicos e não médicos e à investigação em saúde laboral (Desoille, 1987; Murray, 1987a).

O ensino organizado da medicina do trabalho bem como a investigação das relações trabalho e doença tem um início pioneiro na *Clínica del Lavoro* de Milão, em 1904, no Instituto de Saúde Ocupacional de Moscovo, em 1923, e nos departamentos de ensino e investigação das Faculdades de Medicina francesas de Lyon, Paris e Lille na década de trinta. Antes da Segunda Grande Guerra na Alemanha, na Checoslováquia e na Roménia são criadas cátedras de Medicina do Trabalho. Em 1929 começa a ser publicada a revista *Medicine du Travail* e, em 1938, tem início a publicação de *Archives des Maladies Professionnelles* que ainda se mantém (Desoille, 1987).

Em 1935, é criada a Associação de Medicina Industrial Inglesa na sequência do movimento conjunto dos primeiros inspectores médicos e dos médicos do trabalho de algumas grandes empresas industriais inglesas. Donald Hunter cria, em 1943, um departamento de investigação em medicina industrial num hospital de Londres e dá um grande contributo para a investigação, divulgação e ensino da patologia profissional com o início da publicação do tratado hoje conhecido como o «*Hunter's Diseases of Occupations*». Nesse tratado Murray (1987a) destaca algumas publicações sobre patologia do trabalho como: estudos sobre pneumoconioses nas indústrias de fundição e soldadura publicados após a Segunda Grande Guerra e da autoria dos eminentes pneumologistas McCaughlin e Doig; um livro sobre o cancro de pele e a sua relação com a ocupação, de Sydney Henry, de 1946; um tratado sobre toxicologia dos solventes do hematologista Ehel Browning, editado em 1965 (Murray, 1987a).

Nas décadas de cinquenta e sessenta a generalidade dos países industrializados cria institutos ou departamentos universitários de ensino e investigação da medicina do trabalho. Em 1968 é criado o Instituto de Saúde Ocupacional na Escola de Higiene e

Medicina Tropical de Londres com participação da União dos Sindicatos Ingleses (Schilling, 1981).

Na reconstrução do pós-guerra a necessidade de recursos humanos qualificados e a insuficiência do número de trabalhadores, bem como a emergência de novos conceitos filosóficos de valorização dos direitos dos povos e dos trabalhadores leva à consideração dos serviços de medicina do trabalho como modalidade obrigatória orientada para a prevenção dos danos para a saúde. A França foi o país pioneiro na criação de serviços de medicina do trabalho de natureza compulsiva através de lei de 1 de Outubro de 1946, dando seguimento prático a conceitos já então conhecidos como protecção, reparação e prevenção (Duclos, 1984 ).

A intervenção dos trabalhadores é consagrada na mesma altura através da institucionalização em França das *comissões de empresa* que visavam assegurar a sua participação e consulta em matéria da melhoria das condições colectivas de trabalho conforme lei de 22 de Fevereiro de 1945 (Duclos, 1984).

A influência da modalidade de serviços de medicina do trabalho francês irá ser relevante na concepção da Recomendação nº 112 da OIT de 1959, base da generalização de serviços de medicina do trabalho nos países industrializados, até à década de oitenta (Murray, 1987a).

Em 1950, realiza-se a primeira reunião da Comissão Mista das duas organizações da Nações Unidas, Organização Internacional do Trabalho e Organização Mundial da Saúde que produz a definição de saúde dos trabalhadores que serviu de base ao desenvolvimento da medicina do trabalho clássica (OMS, 1981).

...

*A saúde ocupacional tem por finalidade: promover e manter o mais elevado grau de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as actividades profissionais; prevenir qualquer dano para a saúde dos trabalhadores que possa resultar das respectivas condições de trabalho; proteger os trabalhadores, nos locais de trabalho, dos riscos originados pela presença de factores prejudiciais à saúde; colocar e manter os trabalhadores em ambientes de trabalho adaptados às suas capacidades físicas e psíquicas; em resumo adaptar o trabalho ao homem e cada homem à sua profissão.*

...

Até 1985, foram elaboradas pela OIT 16 convenções e 23 recomendações relacionadas com a saúde ocupacional, abordando temas como os riscos ligados à exposição a alguns produtos químicos, o trabalho nos diferentes ramos de actividade económica e a política e a prática de organização da Medicina do Trabalho (Dinman, 1987).

Da organização interna da OIT sobressai a Conferência Anual da Organização que aprova as convenções e recomendações e os programas e orçamento da organização e o Bureau Internacional do Trabalho, com sede em Genebra, que é a estrutura orgânica que elabora os estudos e as propostas a serem apresentadas à conferência, bem como os respectivos relatórios das discussões preparatórias (Dinman, 1987).

Os países ao decidirem ratificar as convenções da OIT comprometem-se a ajustar as suas leis, procedimentos administrativos e práticas nacionais aos regulamentos das mesmas. As recomendações são orientações para a acção mais pormenorizadas que poderão servir de guia não necessitando de compromisso formal (Dinman, 1987).

### **3. 2. Estruturação e organização da medicina do trabalho «clássica»**

No período da Medicina do Trabalho Clássica três instrumentos internacionais de natureza técnica e política marcam o desenvolvimento mundial desta área da medicina preventiva, a Recomendação nº 97 da OIT sobre a Protecção da Saúde dos Trabalhadores no Local de Trabalho, de 1953; a Recomendação nº 112 da OIT sobre Os Serviços de Medicina do Trabalho na Empresa, de 1959 e a Recomendação da Comissão da CEE relativa à Medicina do Trabalho na Empresa, de 1962.

#### *a) Contributo da OIT*

Em 1953 a Conferência Geral da OIT aprova um conjunto de proposições sobre a saúde dos trabalhadores dando-lhe a forma de recomendação, o que desde logo dispensa qualquer aprovação dos estados membros. Tal procedimento irá repetir-se com a recomendação de 1959 sobre organização de serviços de medicina do trabalho. Em 1985, aquando da revisão desta orientação clássica de medicina do trabalho, a OIT adopta uma convenção (nº 161) e uma recomendação (nº 171) sobre a organização de serviços de

Saúde Ocupacional numa perspectiva inovadora e condizente com o novo período do desenvolvimento da saúde dos trabalhadores denominado por Nova Saúde Ocupacional (Emmett, 1997; Graça, 2002).

A recomendação nº 97 (1953) centra-se em quatro conjuntos de quesitos a que a legislação nacional de cada país deveria corresponder: medidas técnicas de protecção contra factores de risco que ponham em causa a saúde dos trabalhadores; exames médicos; declaração de doenças profissionais; cuidados primários e primeiros socorros.

As medidas de prevenção têm uma formulação genérica, visam a suficiente protecção da saúde dos trabalhadores e devem ser da responsabilidade do empregador. São exemplos, as medidas de limpeza dos locais de trabalho, a garantia de iluminação e de ventilação adequadas, a disponibilização de instalações sanitárias, vestiários e refeitórios. No que se refere às medidas apropriadas e praticáveis para reduzir ou eliminar os factores riscos para a saúde são focadas as metodologias de substituição total ou parcial das substâncias nocivas, do isolamento dos locais perigosos, da execução das operações perigosas em dispositivos fechados de maneira a evitar o contacto directo com os trabalhadores, a captação na fonte dos factores de risco ou a sua dispersão por ventilação e finalmente o uso de equipamentos de protecção individuais, caso as outras medidas sejam impraticáveis. Ainda no grupo das medidas técnicas de protecção esta recomendação inclui a informação aos trabalhadores sobre a necessidade das medidas de protecção referidas e a obrigação dos trabalhadores em colaborar e fazer bom uso dos meios de protecção individual. A análise da atmosfera dos locais de trabalho, onde são fabricadas ou manipuladas substâncias químicas perigosas, deve ser efectuada regularmente de acordo com as orientações de uma autoridade competente encarregada da protecção da saúde dos trabalhadores (OIT, 1953).

Ainda essa recomendação, no que diz respeito aos exames médicos, refere a necessidade da legislação nacional conter disposições que determinem a sua efectivação aos trabalhadores que desempenhem tarefas que comportem riscos especiais para a sua saúde. Estes exames poderão ser antes ou depois da admissão ou periódicos. A legislação (ou uma autoridade competente) deverá determinar os factores de risco para os quais e em que circunstâncias devem ser feitos os exames de admissão e/ou periódicos. A regularidade ou intervalo máximo nos exames periódicos deve estar igualmente estabelecida na lei. O

objectivo destes exames é rastrear o mais cedo possível os sinais de uma doença profissional ou predisposições particulares para tal doença e determinar em caso de risco de uma dada doença profissional se existe alguma contra-indicação médica no que diz respeito ao emprego do trabalhador. Estes exames devem ser feitos por médico com conhecimentos em Medicina do Trabalho, sem encargos para o trabalhador, no horário de trabalho e, do resultado, salvaguardando o segredo médico, deverá ser passado certificado do conhecimento do trabalhador e entregue à guarda do empregador (OIT, 1953).

A declaração ou notificação das doenças profissionais é considerada por esta recomendação como um ponto relevante tendo em vista: estudar as condições de trabalho e outras circunstâncias que causam ou sejam supostas de causar doenças profissionais; elaborar estatísticas das doenças profissionais e garantir as necessárias medidas de reparação; instaurar medidas de prevenção e de protecção e de controle da sua efectiva aplicação.

Esta recomendação da OIT aponta ainda para a definição legislativa das pessoas a quem compete fazer a declaração de doença ou de suspeita da mesma, de modalidades de notificação e as entidades a quem deve ser dirigida: a Inspeção do Trabalho e a Autoridade de Saúde responsável pela protecção da saúde dos trabalhadores. De forma pormenorizada esta recomendação enumera as informações pertinentes que deve conter a notificação nomeadamente dados da história profissional do trabalhador e identificação da empresa onde esteve presumivelmente exposto ao risco de doença profissional (OIT, 1953).

Numa quarta e última parte, a presente recomendação aponta para que nos locais de trabalho devam estar previstos meios de socorro e primeiros cuidados de urgência em caso de *acidente, doença profissional, intoxicação ou indisposição*.

Em 1959, a OIT aprova a Recomendação nº 112, relativa aos Serviços de Medicina do Trabalho de Empresa completando a estrutura formal de administração da saúde dos trabalhadores, neste período histórico depois da Segunda Grande Guerra, e que fica assim estabelecida: a definição de saúde ocupacional da responsabilidade do comité misto OIT/OMS (1950), as linhas de política estratégica da saúde dos trabalhadores, Recomendação nº. 97 da OIT (1953) a organização de serviços de medicina do trabalho que irá dar cumprimento a tal política, Recomendação nº.112 da OIT (1959).

A recomendação sobre medicina do trabalho, que irá servir de orientação, nas décadas de sessenta e setenta, à legislação da generalidade dos países industrializados, apresenta sete capítulos ou secções muito específicas, com carácter normativo e que constituem a base conceptual da medicina do trabalho clássica (OIT, 1959).

A definição de serviço de medicina do trabalho aponta para serviços organizados nos locais de trabalho ou na sua proximidade e destinados a:

....

- *Assegurar a protecção dos trabalhadores contra todos os riscos para a saúde que possam, resultar do seu trabalho ou das condições em que ele é efectuado.*
- *Contribuir para a adaptação física e mental dos trabalhadores, nomeadamente pela adaptação do trabalho aos trabalhadores e pela afectação dos trabalhadores aos trabalhos para que estão aptos.*
- *Contribuir para o estabelecimento e manutenção do mais elevado grau possível de bem estar físico e mental dos trabalhadores.*

...

Ainda de acordo com a Recomendação nº. 112 o médico do trabalho é o director do serviço de medicina do trabalho, responsável perante a direcção da empresa, conta com a colaboração de profissionais de enfermagem, e deve ter formação especial em medicina do trabalho ou, pelo menos, ter conhecimento de higiene industrial, cuidados de urgência, patologia do trabalho e legislação.

O desempenho profissional do médico do trabalho deve ser feito com independência técnica e moral face aos empregadores e trabalhadores e, para tal, deve ter assegurado um estatuto legal ou contratual que salvguarde nomeadamente, as condições de contratação e despedimento (OIT, 1959).

A organização dos serviços de medicina do trabalho é da responsabilidade das empresas e as modalidades previstas são serviços próprios de empresa ou serviços comuns. A aplicação em cada país pode ser feita por via legislativa ou por via de convenções

colectivas ou outra via aprovada por autoridade competente, consultados os trabalhadores e empregadores (OIT, 1959).

Esta organização dos serviços de medicina do trabalho dirige-se a todas as empresas, independentemente do sector de actividade económica, tendo em conta prioridades baseadas nos seguintes critérios: empresas com os factores de risco mais perigosos; empresas com factores de risco especiais e empresas com um número de trabalhadores superior a um número limite (não fixado pela recomendação). Atendendo à impossibilidade transitória de aplicar a organização definida pela recomendação é admitido um simples acordo com um médico ou serviço médico local para prestar serviços mínimos, medida esta que amplia o leque de possibilidades da sua aceitação pelos Estados Membros da OIT (OIT, 1959)

O carácter preventivo e não fiscalizador do absentismo está estabelecido como ponto prévio à enumeração das treze funções de um serviço de medicina do trabalho, que se podem agrupar: um primeiro grupo virado para o local de trabalho inclui os quatro primeiros itens que visam a vigilância dos factores de risco, o estudo dos postos de trabalho, a prevenção dos acidentes e a vigilância sanitária das instalações; um segundo grupo de cinco itens que trata dos exames médicos de admissão e periódicos, da vigilância da adaptação do trabalho aos trabalhadores, do aconselhamento aos empregadores, do atendimento e aconselhamento aos trabalhadores e dos cuidados de urgência; um terceiro grupo de dois itens que visa a informação e formação em saúde e os primeiros socorros aos trabalhadores; é incluído ainda um item sobre estatística do estado de saúde e um item sobre investigação.

Ainda no que respeita às funções do serviço de medicina do trabalho a recomendação nº 112 inclui orientações genéricas sobre as relações com outros serviços de empresas e serviços ou organismos exteriores à empresa que se ocupam das questões de saúde, segurança, educação e bem-estar dos trabalhadores. Faz parte das funções do serviço de medicina do trabalho a abertura e actualização da ficha médica de cada trabalhador e a análise estatística da informação aí contida (OIT, 1959).

Para garantir o funcionamento dos serviços de medicina do trabalho devem ser fornecidos os meios de acção, nomeadamente: ter livre acesso a todos os locais de trabalho; visitar os locais de trabalho a intervalos apropriados; total conhecimento dos procedimentos, das



normas de trabalho e das substâncias químicas usadas; ter a possibilidade de efectuar ou mandar fazer a organismos competentes estudos e investigações sobre factores de risco profissionais; e finalmente ter a possibilidade de requerer às autoridades competentes o controlo da aplicação das normas de higiene e de segurança do trabalho (OIT, 1959).

Nas disposições gerais, é clarificada a responsabilidade do empregador pelo financiamento da organização e do funcionamento do serviço de medicina do trabalho, sem despesa para os trabalhadores e a legislação nacional deve especificar a autoridade responsável pelo controlo da organização e do funcionamento dos serviços de medicina do trabalho (OIT, 1959).

#### *b) Contributo da CEE*

O Parlamento das Comunidades Económicas Europeias (CEE) adopta, em 1960, um resolução relativa aos aspectos humanos e médicos das investigações sobre a segurança e higiene do trabalho a desenvolver nos, então, seis países membros incluindo a normalização da legislação e o ensino da medicina do trabalho (Recomendação CEE, 1962a). A Comissão das CEE decide elaborar, em 1962, uma recomendação aos Estados membros sobre medicina do trabalho na empresa (J.O.C.2181/62 de 31 de Agosto), evocando: os artigos nºs 117 e 118 do Tratado da sua constituição, que reconhecem a necessidade de promover a melhoria das condições de trabalho e a protecção contra acidentes e doenças profissionais; a orientação do Parlamento Europeu nesta matéria; e a verificação de que o progresso técnico e o mercado comum implicam novos perigos para a saúde dos trabalhadores (Recomendação CEE, 1962a).

Perante a diversidade de regimes jurídicos e a realidade existente nos diversos Estados Membros, a Comissão CEE decide adoptar a recomendação nº 112 da OIT (1959) como instrumento de harmonização que vai favorecer o desenvolvimento rápido dos serviços de medicina do trabalho. Para a Comissão, esta recomendação é no plano internacional *o primeiro e único texto a descrever com exactidão* a forma e os meios de organizar o serviço de medicina do trabalho que assume um carácter essencialmente preventivo (Recomendação CEE, 1962a).

Analisando o elevado grau de desenvolvimento industrial dos países da CEE e à semelhança das estruturas industriais a Comissão (1962a), revela existirem vantagens de

um sistema estabelecido em base legislativa relativamente a um sistema de carácter facultativo. Num país com um sistema de medicina do trabalho com base legislativa o trabalhador tem mais oportunidades de beneficiar da vigilância da sua saúde de uma forma efectiva, visto que as disposições obrigatórias tornam-se uma garantia de não ser empregado em locais de trabalho com insuficientes condições de higiene e segurança. O carácter obrigatório justifica-se também pela responsabilidade já definida dos empregadores pelos acidentes e doenças profissionais e pela necessidade de estabelecer órgãos públicos encarregados do controlo da Segurança do Trabalho. As condições de exercício dos médicos do trabalho nos países com medicina do trabalho com base legal são muito mais favoráveis, visto que se verifica uma maior diversidade de serviços e um número maior de médicos do trabalho com uma melhor formação e controlo do seu exercício pelas entidades oficiais. Conclui a Comissão que *“existe portanto uma relação entre as condições de exercício da medicina do trabalho, no que se refere aos próprios médicos, e o modo de organização dos serviços de medicina do trabalho”*. (Recomendação CEE, 1962a)

Três questões em concreto são equacionadas na recomendação CEE (1962a): a formação académica e a investigação em medicina do trabalho; as garantias de exercício profissional dos médicos e a generalização dos serviços de medicina do trabalho de empresa.

No que diz respeito ao ensino da medicina do trabalho a recomendação comunitária dá especial ênfase à criação de cátedras bem como de institutos especializados em medicina do trabalho. O ensino da medicina do trabalho deve incidir sobre as matérias curriculares que foram adoptadas pelo Comité Misto da OIT/OMS de Medicina do Trabalho na sua terceira reunião (Genebra, Março 1957), e constante da lista anexa à recomendação. A aquisição de conhecimentos em medicina do trabalho deve ser feita ao nível elementar através dos cursos de medicina, da formação específica teórica e prática de médicos do trabalho diplomados e do aperfeiçoamento dos médicos que já exerçam a profissão (Recomendação CEE, 1962a).

O segundo grupo de recomendações dirige-se à consagração jurídica das garantias de independência técnica e moral dos médicos do trabalho, a facilitação dos contactos com os trabalhadores ou seus representantes e empregadores, as condições de contratação e

despedimento que favoreçam a independência profissional, a não verificação do fundamento da ausência ao trabalho, o controlo de actividade somente por médicos (inspectores) e a delimitação das actividades de médicos do trabalho em relação à dos médicos de clínica geral (Recomendação CEE, 1962a).

No que se refere à generalização de serviços de medicina do trabalho a Comissão recomenda que a organização dos mesmos seja da responsabilidade das empresas a quem compete assegurar os recursos humanos e técnicos. Numa perspectiva de implantação faseada de serviços deve ser dada prioridade às empresas com 200 ou mais trabalhadores e àquelas com factores de risco mais perigosos. Logo que possível o número limite de trabalhadores da primeira prioridade deve baixar para 50. Nos sectores da agricultura, artesanato, serviços públicos, hospitais, empresas comerciais, hotelaria e transportes a organização de serviços, se necessário, deve ser regulada em função dos problemas específicos.

Os médicos devem ser titulares de diploma ou certificado de medicina do trabalho. No entanto, durante um período de 6 anos as autoridades competentes podem conceder autorização de exercício com carácter definitivo aos médicos, sem diploma ou certificado, que já tenham, anteriormente, desenvolvido actividades neste âmbito (Recomendação CEE, 1962a).

Na mesma data a comissão da CEE publica uma Recomendação aos Estados-membros relativa à adopção de uma lista geral europeia das doenças profissionais (J.O.C. 2188/62 de 31 de Agosto), que no essencial pretende harmonizar as diversas listas de doenças profissionais tendo em vista a análise estatística comparada e a justiça na reparação. Conquanto seja este último o objectivo prioritário a Comissão prevê que a lista poderá ter um papel na prevenção das doenças profissionais já conhecidas. Nas décadas de sessenta e setenta, a generalidade dos países europeus publica legislação sobre a organização de serviços que seguem de perto as orientações e o conteúdo das recomendações atrás referidas (Recomendação CEE, 1962b).

Portugal é dos primeiros países, logo após a França, a organizar serviços de medicina do trabalho obrigatórios, em 1962/1967. Os Estados Unidos da América, o Canadá, o Reino Unido e a Austrália somente em 1970, 1971, 1974 e 1983 respectivamente, publicaram

legislação sobre organização de serviços, ainda que nem sempre com carácter compulsivo absoluto (Emmett, 1987; Graça, 2002).

A Comunidade Europeia evolui e alarga-se sem ter conseguido harmonizar nem os serviços de medicina do trabalho nem a lista de doenças profissionais. Na década de noventa a União Europeia publica um conjunto de normas relativo às condições de trabalho sem, no entanto, ter alcançado os resultados previstos de melhoria significativa da prevenção global da patologia laboral e da promoção da saúde dos trabalhadores (Rantanen; Westerholm, 2001).

A partir da II Guerra Mundial a OIT inicia a aplicação de programas de assistência técnica. Na 60ª sessão da Conferência Internacional do Trabalho (Genebra, 1975) foi lançado um programa internacional para a melhoria das condições e do ambiente de trabalho (PIACT), destinado a promover e apoiar a acção dos Estados Membros tendo por fim último o bem-estar dos trabalhadores. São então criadas equipas multidisciplinares cuja tarefa essencial é a de apoiar os governos dos Estados Membros na preparação e execução de programas que visem atingir o objectivo global de melhoria das condições e do ambiente do trabalho (Rantanen, 1989).

### **3.3. O caso português**

Segundo Marques (1995), no fim da Segunda Grande Guerra, a pressão económica externa e interna cria as condições para o relançamento da industrialização do país que passa a ser promovida pelos novos instrumentos políticos - os *planos de fomento* (quinquenais). Nos finais da década de 50, dá-se o arranque da industrialização do Estado Novo tendo como suporte alguns grupos restritos de capitalistas com grande poder industrial de que é paradigma a Companhia União Fabril (CUF) de Alfredo da Silva. A guerra das colónias iniciada em 1961 acelera o processo de industrialização que é acompanhado de dois fenómenos aparentemente contraditórios: redução pela primeira vez da população residente no país, entre o censo de 1960 e 1970, devido à emigração maciça e à redução da mão-de-obra activa com mobilização de centenas de milhares de jovens para a guerra de África (Marques, 1995).

Após a estagnação da produção e do desenvolvimento das forças produtivas do segundo quartel do século XX segue-se o período histórico, economicamente mais progressivo, que começa na década de sessenta e se prolonga pelas décadas de setenta e oitenta, estabilizando posteriormente (Cabral, 1988; Marques, 1995).

O progresso económico e o recrutamento dos trabalhadores industriais é feito no sector primário da agricultura e pescas e conta com as mulheres, um elemento *novo* na actividade económica, como assalariadas (Marques, 1995).

Em 1950 a população activa empregada é de 3.200.000 trabalhadores dos quais 50% no sector primário, 26% no sector terciário e, em último, o sector secundário com 24% (Marques, 1995).

Nas décadas de sessenta e setenta a população activa empregada total não varia significativamente (**Quadro 3**), no entanto o sector primário perde importância tornando-se, em 1970, o 3º sector com 31,7% e cerca de 1.000.000 de trabalhadores. O sector secundário com 32,3%, abrange 1.021.000 de trabalhadores, suplantado pelo sector terciário com 1.139.000 trabalhadores (36,0%). É assim alcançado o nível de distribuição relativo da população activa empregada pelos três sectores de actividade comparável ao alcançado pela Inglaterra em 1830, isto é 140 anos antes (Schilling, 1981; Faria et al, 1985). A partir de 1980 inicia-se uma prolongada e duradoira redução da população activa do sector primário, com o crescimento do sector terciário e a estabilização do sector secundário (**Quadro 3**).

**Quadro 3 - Distribuição da população activa com profissão de Portugal Continental pelos três grandes sectores de actividade económica e sua evolução ao longo do tempo (1960 a 1988)**

ANO	POPULAÇÃO ACTIVA CIVIL COM PROFISSÃO						
	Total (a)	Sector Primário		Sector Secundário		Sector Terciário	
		nº (a)	%	nº (a)	%	nº (a)	%
1960	3315	1445	43,6	897	27,1	972	29,3
1970	3163	1002	31,7	1021	32,3	1139	36,0
1977	3781	1244	32,9	1237	32,8	1294	34,3
1980	3961	1105	27,9	1420	35,9	1430	36,1
1983	3970	941	23,7	1418	35,7	1610	40,5
1986	4069	877	21,6	1409	34,6	1781	43,8
1988	4231	894	21,1	1495	35,3	1842	40,5

Legenda: (a) Unidades = milhares

Fontes: PINTO, Castro (1974): Anexo “Boletim Mensal Estatística” - INE, ano VII, nº 11

INE (1982): Portugal/Anuário Estatístico 1980

INE (1983): Inquérito Permanente ao Emprego/2º Trimestre de 1983

INE (1988): Inquérito Permanente ao Emprego/2º Trimestre de 1988

As preocupações sociais e políticas para com o trabalho e as condições em que é realizado manifestadas no período republicano ficam adormecidas até ao final da década de 50. Excepcionalmente foi publicado, em 1936, o novo regime de acidentes de trabalho e doenças profissionais (Lei n.º 1942 de 27 de Julho) que inclui a primeira Lista das Doenças Profissionais com sete entidades nosológicas: *intoxicações pelo chumbo, pelo mercúrio, por corantes e dissolventes nocivos, por poeiras, gases e vapores industriais e por raios X e substâncias radioactivas, infecção carbunculosa e dermatoses profissionais* ( Lei nº 1942, 1936).

A partir de 1958 é iniciado um ciclo de normas regulamentares relacionadas com a saúde dos trabalhadores e que traduzem as preocupações das “*forças vivas*” corporativas perante a necessidade de desenvolvimento económico associado à promoção qualitativa da mão-de-obra camponesa em processo de emigração não controlado, para os países da Europa (Graça, 2000). Assim a regulamentação de segurança do trabalho nas obras de construção civil é estabelecida pelos D.L. n.º 41820 e Dec. Reg. n.º 41821, ambos de 11 de Agosto de 1958.

De 1959 a 1962 é desenvolvida a campanha nacional de prevenção de acidentes de trabalho e de doenças profissionais. Em 1960 é publicada a primeira Tabela Nacional de Incapacidades (D.L. n.º 43189 de 23 de Setembro) revogada pelo Decreto Lei n.º 341/93 de 30 de Setembro.

Em 1962 é criada a Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais (D.L. n.º 44307, de 27 de Abril) que apesar das sucessivas alterações legislativas mantém no essencial as mesmas funções. Nesse mesmo ano, é dado um passo significativo na organização de Serviços Médicos do Trabalho para a Prevenção Médica da Silicose com a publicação do D.L. n.º 44308, de 27 de Abril e do Dec. n.º 44537, de 22 de Agosto de 1962. Esta legislação acompanha de perto a recomendação n.º 112 da Organização Internacional do Trabalho e apresenta um preâmbulo explicativo que enquadra epidemiologicamente o problema da silicose em Portugal computando em cerca de 75000 o número de trabalhadores sujeitos ao risco de contrair esta doença profissional legalmente reconhecida desde 1936. No trabalho de campo então efectuado, 14.835 mineiros em 54 minas foram observados pelo Ministério da Saúde e Assistência e a percentagem de silicóticos encontrada oscilava entre 0,44% e cerca de 30% (DL n.º 44308/1962).

A extensão do problema em termos de morbilidade e mortalidade e as suas consequências sociais e materiais foi considerada a razão essencial para instituir com carácter obrigatório a prevenção médica da silicose. Não é feita referência à tuberculose nem à silico-tuberculose entre os mineiros, enquanto em França esse motivo foi argumento relevante para a criação compulsiva dos serviços de medicina do trabalho em 1946 (Duclos, 1984).

Aquele Decreto Lei pioneiro inclui uma descrição dos trabalhos susceptíveis de dar origem à silicose, modalidade de caracterização da doença profissional legal que irá ser adoptado pela Lista das Doenças Profissionais de 1973 (Dec. n.º 434/73).

A avaliação ambiental do risco silicótico passa a ser obrigatória e é da responsabilidade da entidade de que depende a indústria em causa. A notificação da silicose é tornada obrigatória para os Tribunais de Trabalho e Direcção Geral da Saúde. A organização de serviços médicos nos locais onde existe risco de silicose é obrigatória ficando sob orientação, coordenação e fiscalização da DGS.

O carácter essencialmente preventivo dos serviços médicos é claramente afirmado, cabendo aos médicos a defesa da saúde dos trabalhadores e o estudo das *condições de higiene* da actividade. Para tal deviam ser estabelecidas as garantias contratuais e o regime disciplinar dos médicos interessados através de portaria específica, ouvida a Ordem dos Médicos, desiderato que nunca foi concretizado.

Naquela legislação é feito um primeiro plano de vigilância médica que torna obrigatório os exames médicos de admissão e periódicos com inclusão do exame clínico e sempre que possível com radioscopia e uma *telerradiografia* ou radiofotografia. O exame médico de despedimento é imperativo no caso da iniciativa ser da entidade patronal.

As orientações sobre as condições de instalação e equipamento dos serviços médicos ficam à responsabilidade da DGS. A regulamentação do Decreto lei é publicada 4 meses depois sob a forma de Decreto nº 44.537 de 22 de Agosto de 1962. São adoptadas duas modalidades de serviços médicos (privativos ou comuns), segundo um critério numérico de 200 ou mais trabalhadores para a primeira e sempre que na mesma localidade no conjunto das pequenas empresas atinja o número de 500 para a segunda. De notar que é nesta legislação regulamentadora que é adoptada a terminologia de serviços médicos do trabalho e médico do trabalho e são estabelecidas regras de cálculo de duração do tempo de serviço de 1 hora por mês e por grupo ou fracção de dez trabalhadores expostos ao factor de risco. A mesma determinação é aplicada aos trabalhadores menores de 18 anos. Nas restantes situações o cálculo de tempo de trabalho médico é feito tendo por base 1 hora por mês por vinte trabalhadores ou fracção. É fixado ainda que um médico não poderá ter a seu cargo um número de trabalhadores superior a 150 horas de serviço mês (Decreto n.º 44537,1962).

Os médicos do trabalho passam a reger-se por um conjunto de normas legais que inclui nomeadamente:

- Serem portadores, futuramente, de um diploma de curso de medicina do trabalho;
- Serem admitidos na empresa mediante contrato escrito;
- Serem responsáveis pela organização e direcção técnica dos serviços de medicina do trabalho;
- Ficarem sobre a orientação e fiscalização técnica da DGS;
- Não ser da sua competência fiscalizar as ausências ao serviço por parte dos trabalhadores;



- Serem obrigados a segredo profissional relativo aos dados individuais de saúde e às informações industriais;
- Efectuarem obrigatoriamente os exames médicos e as visitas às instalações industriais dentro das horas de trabalho;
- Notificarem obrigatoriamente os casos de silicose;
- Elaborarem relatório anual de actividades a entregar ao Delegado de Saúde e ao Inspector do Trabalho no 1º trimestre do ano seguinte.

Neste conjunto de legislação não é feita referência à recomendação nº 112 da OIT, ainda que a generalidade das suas orientações sejam transcritas. Os critérios numéricos de organização de serviços correspondem à recomendação da CEE de 1962 entidade com a qual Portugal tinha iniciado conversações, apesar de ter optado por integrar em 1959 a Associação Económica de Comércio Livre (EFTA) (Graça, 2002).

Como exigência desta organização de serviços médicos do trabalho é criado em 1963 o Curso de Medicina do Trabalho no então Instituto Superior de Higiene, Dr. Ricardo Jorge (Decreto n.º 45160, de 25 de Julho), que é remodelado no ano seguinte (Decreto n.º 45992, de 23 de Outubro 1964).

Em 1965 é actualizado o regime jurídico dos acidentes de trabalho e doenças profissionais (Lei n.º 2127, de 3 de Agosto), que foi regulamentado em 1971 (D.L. n.º 360, de 21 de Agosto).

A regulamentação da instalação e laboração dos estabelecimentos industriais é publicada em 1966 (D.L. n. 46923 e Dec. Reg. n.º 46924, ambos de 28 de Março).

Em 1967, tendo por base a legislação de 1962 é ampliada a regulamentação de Serviços Médicos do Trabalho nas empresas (D.L. n.º 47511 e Dec. n.º 47512, ambos de 25 de Janeiro) que se torna obrigatório para as empresas industriais com mais de 200 trabalhadores e naquelas em que haja risco de doença profissional independentemente do número de trabalhadores.

A medicina do trabalho é encarada pelo regime, como um dos meios para humanizar o trabalho em defesa e no respeito pela dignidade do homem, tendo em conta o rápido

avanço das tecnologias e a organização científica do trabalho que vieram pôr em equação a subordinação do homem à máquina e a supremacia dos valores materiais sobre os espirituais. Assim a medicina do trabalho devidamente organizada e orientada, assume, segundo o preâmbulo do D.L. nº 47.511, uma relevante importância política tanto mais que lhe incumbe a finalidade de *harmonizar o máximo rendimento com o mínimo de desgaste biológico* (Decreto Lei nº 47511, 1967).

Os autores da nova legislação afirmam que o interesse relativo à medicina do trabalho é reconhecido em toda a parte como o confirmam os trabalhos da OIT e da OMS e, muito particularmente, da Comissão Permanente da Associação Internacional do Trabalho de que se evoca a realização de um congresso em Portugal no ano de 1951 (Decreto Lei nº 47511, 1967).

As duas razões justificativas para o alargamento da experiência feita com os serviços médicos de empresa desde 1962 são a progressiva industrialização do país e a existência de um Curso de Medicina do Trabalho criado no Instituto Ricardo Jorge em 1963, remodelado em 1964 e instalado na Escola Nacional de Saúde Pública e Medicina Tropical em 1966. No entanto, o legislador não deixa de notar que estas novas medidas devem ser postas em execução com as necessárias cautelas, com transição alargada, sem atropelos de direitos nem exigências demasiado onerosas.

No essencial, a nova legislação não apresenta inovações relevantes em relação à legislação de 1962. O Decreto Lei nº 47.511 e o Decreto nº 47.512, que regulamenta o anterior, são publicados no mesmo dia, 25 de Janeiro de 1967. O decreto-lei contém somente sete artigos e apresenta como inovações o alargamento formal de serviços médicos do trabalho às empresas industriais e comerciais e a definição de médico do trabalho como o licenciado em medicina, diplomado com o Curso de Medicina do Trabalho. A Direcção Geral de Saúde e a Inspeção do Trabalho ficam encarregadas de fiscalizar o cumprimento da lei e levantar autos de notícia das transgressões, cabendo aos Tribunais de Trabalho a apreciação destes casos.

As modalidades de organização de serviços constantes do decreto regulamentar são as mesmas da legislação relativa à prevenção médica da silicose: serviços privativos para as empresas com mais de 200 trabalhadores; serviços comuns para as pequenas empresas que na mesma localidade ou localidades próximas atinjam o número de 500 trabalhadores;

as outras pequenas empresas que não se integrem na condição anterior poderão assegurar o serviço de um médico do trabalho.

Nas normas referentes ao desempenho dos médicos do trabalho são de referir: a alteração do cálculo de duração do trabalho que passa a ser de uma hora por quinze trabalhadores ou fracção nas empresas industriais e uma hora por 25 trabalhadores ou fracção nas empresas comerciais.

O contrato dos médicos do trabalho será escrito observado o Estatuto da Ordem dos Médicos (OM), podendo o Instituto Nacional do Trabalho e Previdência e a Direcção Geral de Saúde impor às empresas, ouvida a OM, a substituição dos médicos do trabalho que faltem às suas obrigações. Nas empresas que não tenham cuidados de enfermagem serão treinados, pelo médico, trabalhadores para prestar primeiros socorros.

No que se refere aos exames médicos dos trabalhadores a principal inovação em relação a legislação anterior é o uso do critério idade para definir o espaçamento dos exames periódicos – anualmente para os trabalhadores menores de 18 e maiores de 45 anos e de dois em dois anos para os restantes.

Nas restantes atribuições dos médicos do trabalho em matéria de vigilância de saúde e vigilância ambiental não existem diferenças significativas entre as legislações de 1962 e 1967.

Pela legislação de 1967 a anterior incumbência do médico do trabalho de notificar a silicose é tornada extensiva às restantes doenças profissionais e aos acidentes de trabalho com mais de três dias de incapacidade.

Nas disposições transitórias são introduzidas algumas medidas limitadoras das disposições contidas no articulado inicial de tal modo que a sua aplicação será feita especificamente às empresas industriais com mais de 200 trabalhadores e naquelas em que haja risco de doença profissional independentemente do número de empregados. As empresas comerciais, os restantes estabelecimentos industriais e outros locais de trabalho ficam isentos de aplicação da lei até que os ministros das Corporações e Previdência Social e da Saúde e Assistência o considerem oportuno.

São médicos do trabalho os diplomados com o Curso de Medicina do Trabalho com duas excepções: os que considerados pela Ordem dos Médicos com idoneidade técnica e que apresentem o respectivo documento comprovativo na DGS e os que sejam autorizados por esta mesma entidade, caso se verifique um número insuficiente de médicos qualificados segundo os preceitos anteriores.

A doutrina de organização da medicina do trabalho adoptada não teve em conta alguns aspectos essenciais da realidade portuguesa nomeadamente: a esmagadora maioria das empresas portuguesas ser de pequena ou muito pequena dimensão; uma parcela importante da população activa exercer a sua actividade em empresas de pequena dimensão e existir uma grande assimetria regional da estrutura empresarial (Faria et al, 1985).

A imposição de serviços médicos do trabalho somente em empresas industriais com mais de 200 trabalhadores limita a cobertura da população activa à percentagem teórica de 18% (Faria et al, 1985). Na prática o número de trabalhadores abrangidos por serviços de medicina do trabalho, segundo elementos divulgados pela Direcção Geral da Saúde (DGS) e citados por Faria et al (1985) era de 7,2% em 1971 e 7,9 % em 1981. Em 1987 a estimativa de cobertura quantitativa da população activa por algum tipo de serviço de medicina do trabalho divulgada pela Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários (DGCSP), era de 13%. e em 1990 13,7 %.(Faria; Santos, 1989; DGCSP, 1991). As potencialidades evolutivas do modelo adoptado parecem ter-se esgotado e a inerente e comprovada limitação poderia ter sido ultrapassada caso tivessem sido exploradas as possibilidades de intervenção dos cuidados primários de saúde no domínio da saúde ocupacional (Faria et al, 1985; Faria, 1994).

A reforma de 1971 dos serviços de saúde e, mais tarde, a legislação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1979, das carreiras médicas em 1982 e o Regulamento dos Centros de Saúde em 1983, perspectivaram um modelo de cuidados de saúde ocupacional mais coerente com a realidade sócio-económica e as necessidades da população, salvaguardando o principio estratégico da coexistência e complementaridade de acção dos serviços oficiais e dos serviços de empresa (Faria et al, 1985). Este desiderato nunca chegou a ser aprofundado por falta de revisão da legislação e por insuficiente dotação de

recursos humanos e técnicos dos serviços oficiais, centrais, regionais e locais (Faria et al, 1985; Faria; Santos, 1989; Faria, 1994).

Neste período da Medicina do Trabalho Clássica o médico do trabalho tem funções de avaliação e monitorização do estado de saúde dos trabalhadores e da sua relação com o trabalho. Complementarmente cabe ao médico identificar os factores de risco nos locais de trabalho sejam de que natureza forem (Faria et al, 1985). Assim a metodologia de intervenção é centrada, em primeiro lugar, na vigilância médica, complementada pelo conhecimento geral dos locais de trabalho. A finalidade última é garantir a continuidade da saúde dos trabalhadores, através de exames médicos regulares onde o ponto crítico relevante é a identificação precoce de sinais ou sintomas resultantes dos efeitos negativos sobre a saúde dos factores de risco profissionais (Faria et al, 1985).

Trata-se de uma leitura da realidade da saúde laboral centrada nos trabalhadores e orientada para uma perspectiva biomédica. O objectivo desejado é o diagnóstico precoce dos efeitos negativos tendente à sua prevenção secundária. Admite-se como importante a prevenção primária na vertente educativa e formativa dos trabalhadores. A intervenção dos médicos do trabalho sai enriquecida se estiverem atentos aos locais de trabalho e aos factores de risco existentes (Mendes; Dias, 1991).

A medicina do trabalho produz essencialmente pareceres de aptidão e faz propostas de prevenção individual e colectiva e de colocação dos trabalhadores, visando conservar ou não agravar a saúde dos mesmos (Emmett, 1997).

A garantia da empregabilidade, isto é a verificação das condições individuais dos trabalhadores para continuar a desempenhar as funções, é objecto permanente de atenção mais ou menos explicitamente estimulada pelos empregadores. A equipa conta principalmente com profissionais de saúde médicos e enfermeiros (Husman, 1993). Esta organização de serviços de medicina do trabalho centrada unicamente num tipo de profissional, médico do trabalho, vai determinar o estatuto e a prática profissional destes profissionais, orientando o padrão de cuidados prestados para os exames médicos de aptidão dos trabalhadores, tantas vezes desligados da realidade das condições e conteúdos do trabalho desenvolvido (Santos, 1990).

Em 1971 é publicado o Regulamento Geral de Segurança e Higiene do Trabalho nos Estabelecimentos Industriais, Portaria n.º 53, de 3 de Fevereiro, alterado posteriormente pela Portaria n.º 702/80, de 22 de Setembro.

Em 1973 termina o ciclo de regulamentação relacionado com a saúde dos trabalhadores da responsabilidade do antigo regime, com a publicação de nova Lista de Doenças Profissionais (Dec. n.º 434/73, de 25 de Agosto, posteriormente actualizada pelo Dec. Reg. n.º 12/80 de 8 de Maio e Desp. Normativo. 253/82, de 22 de Novembro).

O novo regime saído do 25 de Abril criou novas condições sociais e organizativas do trabalho, tendo legalizado, entre outras medidas, a livre participação e associação dos trabalhadores e o direito à greve, mas, em matéria de saúde laboral, só em meados da década de oitenta é retomada a regulamentação das actividades económicas no que se refere à sua influência nas condições de vida e de saúde dos trabalhadores (Graça, 2002)

As estatísticas parcelares de doenças profissionais começam a ser compiladas a partir de 1983, pela Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais. No que se refere à informação estatística global de acidentes de trabalho a primeira publicação aconteceu em Novembro de 1980 e foi da responsabilidade do Instituto Nacional de Estatística (Faria et al, 1985).

Em 1985 é publicado o Regulamento Geral de Segurança e Higiene no Trabalho nas Minas e Pedreiras (D.L. n.º 18, de 15 de Janeiro). No ano seguinte é publicado o Regulamento Geral de Higiene e Segurança do Trabalho nos Estabelecimentos Comerciais, de Escritórios e Serviços (D.L. n.º 243/86 de 20 de Outubro) tornado extensivo aos serviços públicos dos diversos ministérios através de despachos específicos publicados nos dois anos seguintes. É neste quadro que se desloca a Portugal uma equipa pluridisciplinar da OIT, de 7 de Outubro a 10 de Novembro de 1984, de que resulta um relatório circunstanciado da realidade portuguesa que inclui diversificadas propostas e sugestões de intervenção (BIT, 1985).

Na área específica dos serviços médicos do trabalho de empresa foram apresentados alguns pontos críticos, nomeadamente:

- Só as grandes empresas com mais de 200 trabalhadores e algumas médias empresas possuem médicos do trabalho;

- A actividade do médico do trabalho é predominantemente curativa e centra-se na prescrição de medicamentos e exames complementares de diagnóstico da responsabilidade da segurança social;
- São raros os estudos rigorosos do ambiente de trabalho;
- Os exames médicos são raramente orientados em função dos riscos profissionais o que denota insuficiente formação dos médicos do trabalho;
- A independência do médico do trabalho em relação ao empregador não está suficientemente garantida;
- Os meios dos serviços de medicina do trabalho são em geral limitados, com um número diminuto de enfermeiros não especializados, com instalações restritas e equipamento antigo, tecnicamente ultrapassado;
- Os ficheiros médicos com poucos elementos, mal protegidos e a regra do segredo médico e profissional nem sempre respeitada (BIT, 1985).

A principal recomendação da missão da OIT foi a da elaboração e colocação em prática de uma política nacional coerente e integrada de melhoria das condições e do ambiente de trabalho. Entre as componentes daquela política interessa, no presente estudo, realçar as recomendações referentes à medicina do trabalho que apontam no essencial para a remodelação do estatuto e prática profissional dos médicos do trabalho bem como para a sua actualização técnico científica (BIT, 1985).

Como recomendação estrutural particular para o Ministério da Saúde foi apontado o reforço considerável do efectivo de médicos do trabalho orientados para o controlo da medicina do trabalho e para a prestação de cuidados nos “*Centros Regionais de Cuidados Primários de Saúde*”. O processo de extensão da medicina do trabalho a um grande número de beneficiários deveria ser feito segundo critérios ligados aos riscos profissionais mais do que pelo tamanho das empresas.

No que se refere à formação foi recomendada a abertura de cursos especializados para engenheiros, ergonomistas e enfermeiros, acompanhada do reforço da equipa de docentes da Escola Nacional de Saúde Pública (BIT, 1985).

*De forma genérica, no período do Sistema Clássico de Medicina do Trabalho, dá-se um grande desenvolvimento das forças produtivas com a industrialização da generalidade dos países da Europa, que acompanham as potências pioneiras da revolução industrial do século XIX designadamente o Reino Unido, a França, a Alemanha, os Estados Unidos da América, a Itália e o Japão. O crescimento económico mantém-se contínuo até meados da década de setenta com incorporação crescente de mão de obra em especial feminina. Os significativos avanços na transformação dos processos de trabalho são acompanhados pela capacitação dos recursos humanos e pelos conhecimentos científicos e técnicos. Os produtores ganham maior valor social e os seus movimentos e organização progridem de forma significativa. A saúde de quem trabalha e das populações em geral é valorizada de forma mais consequente de que no período anterior. A medicina do trabalho implanta-se na generalidade dos países industrializados. Apesar de tudo, o objectivo de promover e manter o mais elevado grau de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores, em todas as actividades profissionais, ficou longe de ser alcançado (OIT, 1953; 1959; Duclos, 1984; Faria et al, 1985; Murray, 1987a; Mendes;Dias, 1991; Emmett, 1997; Graça, 2002).*

*Tendo por base o modelo interpretativo sobre a evolução histórica da saúde dos trabalhadores exposto no Ponto 1 e sintetizado na Figura 3 (pag. 30) apresentamos a síntese do contributo dos oito grupos de factores intervenientes.*

- **Desenvolvimento das forças produtivas, do modo de produção e das relações de produção**

Durante e após a Segunda Grande Guerra o modo de produção capitalista, plenamente desenvolvido no período anterior, sofre uma grande aceleração com a industrialização alargada à generalidade dos países da Europa.

Processos de industrialização intensiva e brutal verificam-se em alguns países em vias de desenvolvimento. O processo da passagem de pré-industrialização à industrialização é feito em poucos anos acumulando de forma súbita um largo conjunto de factores negativos para a saúde e bem estar dos trabalhadores que nos países desenvolvidos se alongou no tempo permitindo uma adaptação mais gradual.



As relações de produção de natureza capitalista com clara separação entre os produtores e os proprietários dos meios de produção e do capital aprofundam-se. O trabalho assalariado em geral é cada vez menos qualificado.

Emerge neste período o sector de serviços que no essencial mantém as mesmas relações de produção. Os progressos científicos e técnicos são muito marcados influenciando directamente a natureza do trabalho reduzindo a intensidade da actividade física, aumentando a carga mental. A automação, a informatização e outras inovações tecnológicas generalizam-se nos países desenvolvidos com exigências crescentes de qualificação e de mobilidade da mão de obra e a consequente instabilidade social e profissional. Neste período as relações de produção socialista atingem o auge do seu desenvolvimento para depois definharem no final da década de oitenta e na de noventa. Assiste-se a um crescimento económico prolongado e geral até à primeira crise petrolífera no início da década de setenta.

- **Demografia laboral**

O crescimento significativo da população mundial é acompanhado de um progresso significativo da população trabalhadora que no pós-guerra é essencialmente operária e posteriormente com um progresso rápido do sector terciário e contínua redução do sector agrícola.

Nos novos países industrializados do pós-guerra os sectores secundários ultrapassam definitivamente os sectores agrícolas. De forma progressiva e continuada os sectores terciários ou de serviços tornam-se dominantes na actividade económica e na ocupação de trabalhadores.

Outro traço característico da demografia laboral deste período é a entrada no mundo laboral assalariado das mulheres que na generalidade dos países socialistas e na Suécia ultrapassam a população masculina. Esta mutação da massa trabalhadora foi desencadeada, no essencial, pela carência de mão-de-obra masculina durante a 2ª Grande Guerra Mundial.

- **Contributo da Medicina e dos Médicos**

Neste período do Sistema Clássico de Medicina do Trabalho o exercício profissional dominante do médico do trabalho assenta num desempenho técnico diferenciado, polivalente, orientado preferencialmente para a vigilância médica, mas desenvolvendo também actividades de vigilância ambiental.

A Medicina do Trabalho como especialidade médica só lentamente vai assumindo alguma relevância. Os progressos científicos neste período centram-se, numa primeira fase, no aprofundamento dos conhecimentos da patologia profissional clássica já identificada epidemiologicamente no período histórico anterior. Numa segunda fase, os progressos verificam-se no estudo e investigação da influência do trabalho nas patologias mais frequentes e no bem-estar dos trabalhadores. A medicina do trabalho reforça a sua relação com a saúde pública. Os desenvolvimentos práticos das políticas de saúde dos trabalhadores são fortemente influenciados pelas concepções e desempenho do grupo profissional dominante dos médicos do trabalho, conquanto se verifique a crescente influência dos novos profissionais de SO não médicos. O ensino e a investigação em medicina do trabalho, após a 2ª Guerra Mundial, progrediram significativamente com a instituição de organismos e estruturas próprias que, tendencialmente, se têm vindo a concentrar nos pólos de investigação e ensino clássico - as Universidades.

- **Influência de organismos internacionais**

A saúde dos trabalhadores neste período histórico recebe um grande contributo de organismos internacionais, nomeadamente da OIT, a mais antiga agência das Nações Unidas, da OMS criada em 1946 e da UE constituída em 1956. As agências das Nações Unidas (OMS, OIT) têm desenvolvido, em conjunto e autonomamente, um vasto leque de propostas e orientações de carácter genérico, influenciando as leis e as práticas nacionais de grande número de países.

- **Valorização filosófica e social do trabalho**

A valorização social do trabalho progride significativamente e na generalidade dos países industrializados transformando-se num direito legalmente estipulado. O trabalho, neste período, não visa somente a sobrevivência mas a realização pessoal e profissional. Outros direitos sociais relacionados com a qualidade de vida como o direito à saúde, à educação e à habitação são, em geral, formalmente contemplados nas sociedades modernas.

A garantia de continuidade de emprego é socialmente valorizada até ao novo ciclo de crises económicas da década de setenta e claramente posta em causa na década de noventa, posteriormente à derrocada do sistema socialista europeu.

- **Conhecimento dos riscos profissionais**

O conhecimento geral dos riscos profissionais relacionado com os factores materiais do trabalho é generalizado. São identificados novos factores de risco ligados à produção e uso de um número crescente de substâncias químicas traduzindo o avanço da indústria petroquímica. A valorização do grupo dos factores de risco psicossociais irrompe. Os trabalhadores em geral têm conhecimento empírico dos riscos profissionais mais comuns ligados à sua actividade profissional.

- **Acção dos intervenientes do mundo do trabalho**

Os representantes dos actores do mundo do trabalho, trabalhadores e empregadores assumiram no pós-guerra um papel mais activo e dinâmico em matéria de saúde dos trabalhadores participando activamente na elaboração e aplicação das novas disposições legislativas protectoras ou limitadoras dos danos físicos resultantes do trabalho. Nos países desenvolvidos com forte organização sindical os progressos da medicina do trabalho ou saúde ocupacional são significativos até à década de setenta, e na década de oitenta verifica-se a estabilização nas garantias e direitos ao trabalho com saúde.

Pelo contrário nos países com movimentos sindicais enfraquecidos (exemplo: E.U.A. e Grã-Bretanha) a Medicina do Trabalho ou a Saúde Ocupacional não só não progrediu como em alguns casos regrediu (Elling, 1986).

Especial referência deve merecer a experiência italiana da década de setenta da participação real e total dos trabalhadores em todo o processo de diagnóstico, investigação, acção e avaliação da saúde ocupacional nas empresas.

É neste período que são criados diversos organismos orientados para a saúde ocupacional que têm a participação paritária dos trabalhadores como as comissões de Higiene e Segurança das empresas e os conselhos Nacionais de Higiene e Segurança e outros órgãos consultivos.

- **Intervenção das estruturas de poder das sociedades**

Após a Segunda Grande Guerra a intervenção política dos governos na saúde dos trabalhadores é alvo de modificações substanciais, ultrapassando a perspectiva normalizadora das condições de trabalho e reparadora dos danos provocados pelos acidentes de trabalho e doenças profissionais. Tendo por pioneira a legislação francesa de 1946 desencadeia-se, a nível mundial, um movimento para organização da medicina do trabalho que culmina na aprovação pela OIT da recomendação nº 112 que viria a ser o guião da generalidade das legislações publicadas na quase totalidade dos países industrializados até à década de setenta. A partir da década de oitenta, a intervenção política dos governos e a investigação sobre a Saúde Ocupacional e sobre os sistemas de organização dos seus cuidados assumem maior diversidade. Em alguns países verifica-se o aprofundamento da intervenção do poder político em conjunto com os representantes dos empregadores e dos trabalhadores, assumindo o aparelho do estado não só o papel tradicional de fiscalização, mas também o de prestador directo de cuidados de saúde ocupacional e coordenador geral de outros aspectos concorrentes para a saúde dos trabalhadores (informação e formação em SO dos parceiros sociais e dos profissionais, registos estatísticos).

Noutros países manteve-se a prática clássica de controlo normativo e administrativo das condições ambientais e o registo e reparação dos acidentes e doenças profissionais. A organização de serviços de medicina do trabalho ou de saúde ocupacional em alguns países desenvolvidos continuou a ter carácter voluntário, de que são exemplo o Reino Unido e os E.U.A..

Na União Europeia (UE) a saúde dos trabalhadores manteve-se como matéria de divergência entre os diversos Estados Industrializados, como o confirma a incapacidade de terem acordado sobre a orientação comum na matéria de organização de cuidados e de serviços de saúde ocupacional.

## **4. Nova Saúde Ocupacional**

### **4.1. Introdução**

A definição da política nacional de saúde ocupacional em cada país apresenta características históricas de profunda interligação com o seu próprio desenvolvimento social, económico e político e traduz, muitas vezes, as influências das instituições e dos espaços geopolíticos onde se integra (Coppée, 1987; Tsuchiya, 1991).

No final da década de setenta, início da década de oitenta, tornam-se claras as tendências da evolução económica dos países industrializados. Os crescentes recursos económicos provenientes maioritariamente do sector de serviços e da indústria e muito limitadamente da agricultura permitem suportar serviços sociais de saúde, de educação, de investigação e de cultura de nível cada vez mais elevado (WHO, 1995).

Este significativo desenvolvimento sócio-económico dos países industrializados tem um importante impacto nas condições de trabalho, nos padrões de saúde e de segurança do trabalho, alterando o perfil da força de trabalho empregada (Mendes; Dias, 1991).

A introdução das novas tecnologias apesar de contribuir para a melhoria das condições gerais de trabalho acaba por introduzir novos riscos para a saúde quase sempre ligados às componentes da organização e do próprio tipo de trabalho. (Mendes; Dias, 1991; WHO, 1995).

Os processos de trabalho a *nível macro*, com a terciarização da economia, e a *nível micro*, com a automatização e a informatização, tornam-se dominantes nos países desenvolvidos e o perfil de morbilidade relacionado com o trabalho passa a ser predominantemente o das doenças relacionadas com o trabalho e das alterações da saúde mental (OMS, 1981; Coppée, 1987; Mendes; Dias, 1991). Ressurgem neste período, com redobrado vigor, alguns princípios da organização científica do trabalho na perspectiva *taylorista* do primado da gestão e do planeamento e controlo do trabalho (Mendes; Dias, 1991).

A demografia laboral no mundo industrializado no último quartel do século XX é caracterizada por um aumento extraordinário do número de trabalhadores assalariados

particularmente à custa do crescimento das mulheres empregadas e por um lento, mas progressivo, envelhecimento da população activa. O tempo de vida de trabalho encurta-se devido a dois fenómenos concomitantes: por um lado, dá-se uma entrada mais tardia no mundo do trabalho devido às necessidades formativas da mão de obra e, por outro, verifica-se a antecipação legal da idade da aposentação e, em muitos casos, a reforma precoce por invalidez (Navarro, 1998).

No final do século o fenómeno do desemprego é endémico assumindo valores muito variáveis, por vezes muito importantes, nos países industrializados (Navarro, 1998).

A partir de 1978, a OMS dá início a uma reflexão mais aprofundada sobre a saúde dos trabalhadores ultrapassando a perspectiva da saúde laboral estritamente relacionada com o trabalho. A saúde dos trabalhadores é una e não é possível cindi-la em saúde no trabalho e saúde do cidadão. Os trabalhadores devem ser considerados um grupo de risco para o qual deve ser dirigida uma política de saúde global e humanista e que tenha em conta as condições de trabalho físicas e psico-sociais (OMS, 1980 e 1981).

Os exemplos da Noruega e da Suécia em 1977 e 1978, são evocados pela OMS/Região Europeia como exemplo de países que, através de medidas legislativas relativas ao ambiente de trabalho, valorizam não só as condições materiais gerais do trabalho, mas apontam também para uma concepção das tarefas que favoreça a autonomia e as competências dos trabalhadores. (OMS, 1981).

No início da década de oitenta do século XX, a legislação tradicional em medicina do trabalho é limitada, na maior parte dos países, à vigilância dos factores ambientais que podem causar acidentes de trabalho e doenças profissionais clássicas. Contrariando esta perspectiva a OMS defende a necessidade de serem igualmente tomadas medidas legislativas que promovam a saúde e o bem-estar físico e psíquico dos trabalhadores (OMS, 1981).

O novo papel dos serviços de medicina do trabalho neste contexto de mudança de concepção e de valores é desenvolvido pela legislação Finlandesa de 1979 que atribui grande relevância à integração da acção preventiva com outras actividades ao nível da empresa valorizando outros problemas como: *os objectivos e o clima da organização, os meios e a planificação do trabalho, os riscos e a carga de trabalho, o alcoolismo, os*

*sintomas psicossomáticos e a má saúde mental, entre outros.* Segundo esta nova concepção de medicina do trabalho ou de saúde ocupacional o enfoque é posto na prevenção primária e a principal tarefa é a vigilância ambiental com a identificação, avaliação e controlo dos diferentes factores de risco para a saúde, incluindo os psicológicos, ligados ao trabalho. Os riscos químicos e físicos e os problemas das más condições de trabalho ocupam ainda o primeiro lugar, mas a protecção do bem-estar mental deve ser considerada a tarefa primordial no futuro (OMS, 1981).

## **4.2. Organização da Nova Saúde Ocupacional**

### *a) Contributo da OIT*

Na década de oitenta a OIT dá igualmente início a um processo de renovação dos conceitos e das práticas organizativas dos serviços médicos orientados para a saúde dos trabalhadores. Começa por renovar os conceitos expressos em 1953 na Recomendação n.º 97, sobre a Protecção da Saúde dos Trabalhadores, publicando em 1981 uma nova Convenção a que foi atribuído o n.º 155 sobre a Segurança e a Saúde dos Trabalhadores, acompanhada da respectiva Recomendação n.º 164 da mesma data (OIT, 1981a,b).

A convenção de 1981 estabelece que cada país deve definir, pôr em prática e reexaminar periodicamente, uma política nacional coerente em matéria de segurança, saúde dos trabalhadores e ambiente de trabalho (OIT, 1981a).

Esta política deve ter por objectivo a prevenção dos acidentes de trabalho e dos danos para a saúde que resultem do trabalho (ou estejam com ele relacionados) ou ocorram durante o trabalho. As áreas de intervenção prioritárias são: *a concepção, experimentação, escolha, instalação, organização e manutenção dos componentes materiais do trabalho (locais e ambiente de trabalho, ferramentas, máquinas e materiais, substâncias e agentes químicos, físicos e biológicos e processos de trabalho); as relações entre os componentes materiais do trabalho e as pessoas que executam ou supervisionam o trabalho assim como a adaptação dessas condições e meios de trabalho às capacidades físicas e mentais dos trabalhadores; a formação e informação de todos os que a qualquer título intervêm na segurança e higiene do trabalho; a comunicação e cooperação aos diversos níveis, da empresa ao nível nacional e a protecção dos trabalhadores e dos seus representantes*

*contra medidas disciplinares decorrentes de acções por eles devidamente efectuadas neste âmbito (OIT, 1981a).*

Esta Convenção aponta para um planeamento para a acção, a nível nacional e a nível de empresa, que passa pela identificação dos grandes problemas; dedução dos meios mais eficazes para os resolver; estabelecimento de uma ordem de prioridades e avaliação dos resultados obtidos.

Para a concretização da política nacional de saúde dos trabalhadores cabe às autoridades competentes de cada país assegurar progressivamente um conjunto de funções de licenciamento (concepção, constituição e organização das empresas), controlo das substâncias e agentes perigosos, fiscalização da aplicação das leis e prescrições de saúde ocupacional, estudo e registo dos efeitos negativos sobre a saúde dos trabalhadores, nomeadamente acidentes e doenças profissionais. A coerência da política definida deverá ser assegurada através de adequada coordenação entre as referidas autoridades.

A nível de empresa esta orientação da OIT refere, de forma objectiva, que os empregadores devem ser obrigados a tomar as medidas necessárias à prevenção de acidentes e doenças profissionais e fornecer os meios de protecção individual. Os trabalhadores e os seus representantes passam a ser considerados parte activa do processo de definição e aplicação da política de saúde ocupacional de empresa.

Os direitos em matéria de Saúde, Higiene e Segurança dos trabalhadores e dos seus delegados são explicitados de forma mais aprofundada na Recomendação n.º 164 da OIT, nomeadamente: informação; formação; consulta; acesso aos locais de trabalho; contacto com os inspectores de trabalho; tempo remunerado para exercício das suas funções; protecção contra o despedimento e outras medidas prejudiciais e recurso a especialização para o seu aconselhamento.

Por último esta Recomendação explicita que os empregadores deverão ser obrigados a estabelecer, por escrito, a política e as disposições que tenham adoptado no domínio da segurança e da higiene do trabalho e informar os trabalhadores do conteúdo de tais medidas através de meios adequados.



Esta importante e inovadora orientação política da OIT em matéria de saúde ocupacional constante da convenção n.º 155 foi aprovada para ratificação pelo governo português através do Decreto-Lei n.º 1/85 de 16 de Janeiro.

A exemplo do praticado na década de cinquenta, a OIT, depois da definição de orientações sobre política de saúde ocupacional (Convenção n.º 155 e Recomendação n.º 164, ambas de 1981), adopta uma nova orientação sobre a organização, em concreto, dos serviços prestadores de cuidados de saúde ocupacional. Em 1985, a Conferência Geral da OIT adopta a Convenção n.º 161 e a Recomendação n.º 171 sobre os Serviços de Saúde Ocupacional que, partindo do princípio da definição de políticas nacionais pelos Estados Membros, aponta para a progressiva instituição de serviços de saúde ocupacional para todos os trabalhadores, incluindo os dos sector público e cooperativo (OIT, 1985a,b).

Esta perspectiva reorientadora da política de saúde dos trabalhadores a nível internacional resulta da convergência dos dois enfoques tradicionais de intervenção em saúde nos locais de trabalho. A partir da década de oitenta, as políticas anglófonas centradas na prevenção técnica e, por outro lado, as políticas francófonas orientadas para a prevenção médica evoluem para a saúde ocupacional como política integradora que se dirige à saúde dos trabalhadores. Reconhece-se que existe uma interdependência entre a protecção da saúde dos trabalhadores e a melhoria do ambiente e das condições de trabalho (Coppée, 1987).

A saúde ocupacional traduz uma aproximação global e interdisciplinar onde o enfoque é posto na saúde dos trabalhadores e não tanto nos meios de intervenção como representavam as políticas anteriores de Medicina do Trabalho ou de Higiene e Segurança do Trabalho (Coppée, 1987; Mendes, 1988; Dias, 1993 ).

As função destes novos serviços incluem, de forma equilibrada, medidas orientadas para a vigilância ambiental e de saúde, formação e informação dos trabalhadores, adaptação do trabalho aos trabalhadores e primeiros socorros (OIT, 1985a).

A metodologia para implementar o novo modelo de serviços é deixada em aberto podendo ser adoptadas as vias legislativa, convenção colectiva ou outra aprovada por autoridade nacional competente. A modalidade de organização poderá ser por empresa ou grupos de empresas interessadas; poderes públicos ou serviços oficiais; instituições de segurança social; outros organismos habilitados pela autoridade competente e toda a

combinação das fórmulas precedentes. As condições de funcionamento destes novos serviços de saúde ocupacional não diferem muito dos anteriores serviços de medicina do trabalho e incluem: a *garantia de independência técnica dos profissionais dos SSO; a qualificação do pessoal de SO determinada por autoridade competente; a prestação de cuidados de SO nas horas de trabalho e sem encargos para os trabalhadores e a informação aos trabalhadores dos riscos para a saúde inerentes ao seu trabalho* (OIT, 1985a).

Esta convenção a todos os títulos inovadora que, até à data, não foi ainda ratificada por Portugal, reforça a necessidade da legislação nacional designar a autoridade ou autoridades encarregadas de proceder à vigilância e ao acompanhamento dos serviços de SO.

A Recomendação nº 171, que acompanha esta nova Convenção, substitui a Recomendação nº 112 de 1959 no que se refere à especificação mais aprofundada das funções dos serviços de SO (OIT, 1985b).

O papel dos serviços de SO é essencialmente preventivo, deve ser enquadrado em programas de actividades adaptados à empresa ou empresas e ter em conta os riscos profissionais presentes no local de trabalho e com as seguintes funções gerais:

- *Vigilância do ambiente de trabalho;*
- *Vigilância da saúde dos trabalhadores;*
- *Informação, educação, formação e aconselhamento;*
- *Primeiros socorros, tratamentos e programa de saúde;*
- *Planeamento e avaliação das actividades e dos resultados e apresentação de propostas de melhoria das condições e do ambiente de trabalho.*

Nesta Recomendação prevê-se a possibilidade, em certas condições, da prestação de cuidados de saúde primários e a colaboração em programas de saúde pública por parte dos serviços de Saúde Ocupacional.

Algumas outras funções merecem especial referência como a incumbência de fazer a análise integrada dos resultados da vigilância ambiental, da vigilância de saúde dos trabalhadores, assim como dos resultados da vigilância biológica e da avaliação individual da exposição a certos factores de risco profissionais caso existam, afim de avaliar as relações eventuais entre a exposição aos factores de risco e o estado de saúde e propor as medidas pertinentes para melhorar as condições e ambiente de trabalho. Os serviços de SO devem elaborar regularmente planos e relatórios sobre as suas actividades e as condições de trabalho prevalentes na empresa e colocá-los à disposição do empregador, dos representantes dos trabalhadores e à autoridade competente. Os serviços de SO devem participar em estudos e inquéritos realizados ao nível da empresa para recolha de dados para fins epidemiológicos e para o planeamento das respectivas actividades. Igualmente podem ser usados para fins de investigação os resultados das avaliações ambientais e de saúde dos trabalhadores, salvaguardando os princípios éticos da saúde laboral (OIT, 1985b).

O trabalho em equipa multidisciplinar é apresentado como condição base de funcionamento do novo tipo de serviço que se admite poder ser organizado conjuntamente com os serviços de segurança. O pessoal deve ser em número suficiente e com formação especializada e experiência nos domínios da medicina do trabalho, higiene do trabalho, ergonomia, enfermagem e outras áreas conexas (OIT, 1985b).

#### *b) Contributo das Comunidades Europeias*

Por proposta da Comissão das Comunidades Europeias, após consulta ao Comité Consultivo para a Segurança, Higiene e Protecção da Saúde no Local de Trabalho o Conselho aprovou, em 1989, uma directiva relativa à aplicação de medidas destinadas a promover a melhoria da segurança e da saúde dos trabalhadores no trabalho, que estabelece um conjunto de obrigações das entidades patronais que ficam obrigadas a tomar as medidas necessárias à defesa da segurança e da saúde dos trabalhadores, nomeadamente as actividades de prevenção dos riscos profissionais, de informação e de formação, bem como a criação de um sistema organizado de prevenção com os meios necessários (Directiva do Conselho n.º 391/1989).

A necessidade de criar serviços de protecção e de prevenção é estipulada na directiva de forma ampla e flexível, permitindo que os mesmos sejam garantidos por um ou mais

trabalhadores, por um único serviço ou por serviços distintos, quer se trate de serviço(s) interno(s) ou externo(s) à empresa e ou estabelecimento. Especial ênfase é dada à informação, formação, consulta e participação dos trabalhadores. O controlo da saúde dos trabalhadores é objecto de referência que recomenda que seja assegurada a vigilância adequada da saúde dos trabalhadores em função dos riscos. Esta directiva quadro abre espaço à publicação de directivas especiais que vieram a ser publicadas durante a década de noventa, mais de dezena e meia sobre domínios como locais de trabalho, equipamentos de trabalho, trabalhos com equipamentos dotados de visores, manipulação de cargas pesadas, estaleiros temporários e móveis, entre outros (Directiva do Conselho n.º 391/1989).

*c) Contributo da OMS*

Em 1980, a OMS formulou uma política de saúde comum a nível mundial tendo em vista instaurar a saúde para todos. Partindo desta estratégia o Comité Regional da Europa adoptou em 1984 As Metas da Saúde para Todos que incluíam dois objectivos quantificados, directamente relacionados com a saúde dos trabalhadores: a meta n.º 11, apontava para que, até ao ano 2000, a frequência dos acidentes na região deveria ser reduzida em pelo menos 25%, ao nível dos acidentes de trabalho para além dos rodoviários e domésticos e, no que se refere à mortalidade dos acidentes de trabalho, o objectivo era fixado em 50% (OMS, 1985); a meta n.º 25 determinava que até 1995 as populações da região deveriam ser eficazmente protegidas contra os riscos para a saúde ligados ao trabalho designadamente através da criação de serviços de saúde ocupacional para todos os trabalhadores, da elaboração de critérios de saúde para protecção contra os riscos biológicos, químicos e físicos, da redução dos factores de risco ligados ao trabalho e da protecção dos grupos de trabalhadores particularmente vulneráveis (OMS, 1985).

Estes ambiciosos objectivos foram revistos e reformulados em 1991 alargando-se o prazo de concretização dos mesmos. Os acidentes de trabalho são considerados indicadores de falhas do sistema nos locais de trabalho com uma incidência estimada de 3 por 100 trabalhadores/ano e com uma taxa de mortalidade de 5.96 por 100.000. A identificação dos factores causais incluindo a exposição a *produtos inseguros* não está disponível pelo que as sugestões de intervenção são transpostas para a meta n.º 25. Segundo esta orientação da Estratégia da Saúde Para Todos a saúde da população trabalhadora não deve

ficar confinada à prevenção das doenças profissionais e acidentes de trabalho mas tender a integrar os cuidados primários de saúde e a promoção da saúde no local de trabalho. Somente 45% da população economicamente activa da região europeia está coberta por serviços de saúde ocupacional e, mais cerca de 30%, recebe algum tipo de cuidado de saúde ocupacional prestado por serviços ligados aos cuidados primários (WHO, 1993).

A perspectiva estratégica de desenvolvimento da saúde ocupacional sofre um novo impulso com a actividade e intervenção da Rede dos Centros Cooperativos da OMS para a Saúde Ocupacional que, através dos seus encontros, têm dado contributos relevantes para o desenvolvimento dos conceitos e da política de saúde ocupacional. No segundo encontro (um dos cinco até agora realizados) efectuado em Pequim em 1994 foi elaborada a recomendação *Estratégia Global da Saúde Ocupacional Para Todos: o caminho para a saúde no trabalho*, que viria a ser adoptada pela Assembleia Mundial da OMS em 1996 como política oficial da organização (WHO, 1995, 1999a e 2002).

Baseados numa análise global das actuais e futuras tendências do mundo do trabalho e tendo em conta os contributos das diversas organizações internacionais deste âmbito, a Rede de Centros Cooperativos de OMS (1995), definiu os seguintes objectivos prioritários para o desenvolvimento da saúde ocupacional a nível internacional e nacional::

- *Reforço na definição das políticas de saúde no trabalho a nível internacional e nacional;*
- *Desenvolvimento do ambiente de trabalho saudável;*
- *Desenvolvimento das práticas de trabalho saudáveis e da promoção da saúde no local de trabalho;*
- *Reforço da organização de serviços de saúde ocupacional;*
- *Estabelecimento de serviços de apoio à saúde ocupacional;*
- *Desenvolvimento de padrões de saúde ocupacional baseados na avaliação científica dos riscos;*

- *Desenvolvimento de recursos humanos em saúde ocupacional;*
- *Estabelecimento de um sistema de registo de dados e de informação orientado para os profissionais e com capacidade de transmissão de informação ao público aumentando a sua consciência;*
- *Reforço da investigação;*
- *Desenvolvimento da colaboração com outros serviços e actividades no âmbito da saúde ocupacional.*

Cada objectivo tem duas metas diferentes tendo em conta as adequadas acções e estratégias a desenvolver a nível internacional e nacional. Os princípios estratégicos de uma política de saúde ocupacional são definidos do seguinte modo: *eliminar os factores de risco e usar tecnologia segura; otimizar as condições de trabalho; integrar as actividades de saúde e segurança na produção; responsabilidade, autoridade e competência dos governos no desenvolvimento e controlo das condições de trabalho; responsabilização do patrão e do empregador pela saúde e segurança do local de trabalho; reconhecimento dos interesses próprios dos trabalhadores em matéria de SO; direito a participar nas decisões referentes ao seu próprio trabalho; cooperação e colaboração em bases iguais entre empregadores e trabalhadores e contínuo acompanhamento do desenvolvimento da SO (WHO, 1995).*

#### *d) Outros contributos*

Tendo por base as orientações internacionais, no início da década de noventa, nas sociedades economicamente mais avançadas a definição da política de saúde ocupacional assenta em 5 princípios essenciais com um grau menor ou maior de desenvolvimento (Rantanen, 1990).

- *Princípio da prevenção e protecção contra factores de risco profissionais;*
- *Princípio de adaptação do trabalho e do ambiente de trabalho aos trabalhadores;*
- *Princípio da promoção da saúde e do bem estar físico, mental e social;*
- *Princípio da cura e da reabilitação minimizando as consequências dos factores de risco profissionais;*

- *Princípio geral dos cuidados primários de saúde promovendo cuidados de saúde gerais aos trabalhadores e suas famílias.*

A generalidade dos países europeus têm serviços de SO essencialmente preventivos, com um menor grau de cuidados gerais de saúde. Os primeiros predominantemente *compulsórios*, os segundos com carácter voluntário. Alguns países socialistas tinham, até há pouco tempo, serviços de SO integrados e globais (Rantanen, 1990; Walters, 1997).

A definição de normas e critérios de saúde e segurança que devem ser mantidos pelos serviços de SO raramente está estabelecida na lei. Uns defendem a aplicação de orientação geral de usar a melhor tecnologia disponível para a protecção da saúde e segurança dos trabalhadores, outros defendem a maior redução possível dos factores de risco profissionais de acordo com o conhecimento dos seus efeitos sobre a saúde e com a exequibilidade das medidas preventivas tendo em conta critérios de avaliação de custo-benefício (Rantanen, 1990).

O princípio de adaptação do trabalho ao trabalhador, genericamente aceite, só se encontra legalmente adoptado na Suécia, Noruega, Finlândia e Bélgica ainda que a sua formulação seja pouco objectivável em termos práticos.

A promoção da saúde no local de trabalho representa uma reorientação recente da actividade dos serviços de SO que pretende responder aos problemas gerais de saúde dos trabalhadores de uma forma global e preventiva (Graça, 1999).

A integração de cuidados curativos e de reabilitação na actividade dos serviços de SO tem vindo a ser valorizada, ainda que com um carácter voluntário e interligado com os serviços de saúde disponíveis. Os seus defensores orientam-se por argumentos da unicidade da saúde dos trabalhadores e das vantagens económicas das empresas e dos sistemas sociais, públicos ou privados, de segurança da saúde (Rantanen, 1990).

Apesar das diferenças, legais, do modelo organizativo, da fonte de financiamento e das condições gerais de funcionamento dos serviços de SO, os países usam métodos idênticos para o seu desenvolvimento variando essencialmente nas funções atribuídas. Um serviço de Saúde Ocupacional bem desenvolvido inclui as seguintes funções: *vigilância do ambiente de trabalho; iniciativas e aconselhamento para o controlo dos factores de risco;*

*vigilância da saúde dos trabalhadores; acompanhamento da saúde dos grupos vulneráveis; adaptação do trabalho e do ambiente ao trabalhador; organização de primeiros socorros; promoção da saúde; registo da informação sobre a saúde dos trabalhadores e prestação de cuidados clínicos em caso de doenças profissionais e de cuidados gerais de saúde (Rantanen, 1990).*

Os modelos organizativos de SSO variam de país para país tendo em conta as realidades sócio-económicas e o desenvolvimento histórico deste ramo da saúde pública. Segundo Rantanen, podemos classificá-los teoricamente nos seguintes modelos (Rantanen, 1990):

(1) *O SSO da grande empresa*, preferencialmente do sector secundário ou da indústria extractiva ou dos transportes com uma estrutura complexa, localiza-se na empresa e conta com profissionais a tempo inteiro formando equipas multidisciplinares de médicos, enfermeiros, higienistas industriais, técnicos de segurança e outros técnicos como ergonomistas, sociólogos e psicólogos do trabalho.

Os critérios de definição deste tipo de SSO podem ser o número de trabalhadores da empresa ou o número de horas de médico do trabalho necessário ou a presença de risco *major* de doença profissional. As suas principais vantagens residem na sua proximidade com o local de trabalho, na possibilidade de controlo da informação sobre o mesmo e sobre o planeamento e a gestão dos programas de intervenção sobre os factores de risco. A desvantagem poderá ser a fraca ligação aos cuidados primários (WHO, 1986; Rantanen, 1990; Walters, 1997).

(2) *O SSO inter-empresas* organizado pelas empresas sem dimensão para organizar os seus próprios serviços, implica acordo entre essas empresas ou estabelecimentos na administração conjunta do serviço que, em princípio, não tem fins lucrativos.

Este modelo de serviços pode ser orientado predominantemente por actividade económica ou por área geográfica, e como outros serviços externos, tem a desvantagem da falta de proximidade com os locais de trabalho, contando, no entanto, com a sua mobilidade e flexibilidade para acumular conhecimentos e, no caso de ser orientado para uma área económica, tem oportunidade de aprofundar conhecimentos em problemas específicos desse sector de actividade (Rantanen, 1990).



(3) *O serviço privado de saúde ocupacional* (particular, cooperativo ou público) tem no essencial as características do SO inter-empresas mas não é gerido pelas empresas beneficiárias. Este tipo particular de empresas vende serviços a outras empresas que considera seus clientes e o princípio do lucro é geralmente aplicado. A vantagem deste modelo é a flexibilidade. Contudo, a orientação para o lucro e a não participação das empresas beneficiárias pode influenciar a orientação das suas actividades de forma nem sempre positiva.

(4) *O serviço comunitário de Saúde Ocupacional* (Municipal ou Centro de Saúde) é um modelo experimentado em numerosos países, orientado para as pequenas empresas e trabalhadores agrícolas e independentes. As grandes vantagens residem na sua orientação em rede nacional com boa acessibilidade e integração com os cuidados primários de saúde, carecendo no entanto de recursos suficientes que permitam contacto regular com os locais de trabalho (Rantanen, 1990).

(5) *O Serviço Nacional de Saúde* (Base comunitária) como prestador universal de cuidados de saúde ocupacional. As necessidades de saúde ocupacional estão localizadas nas empresas (grandes) mas o seu pessoal é empregado do Serviço Nacional de Saúde. Pretende-se garantir a independência da intervenção do SO e dos seus profissionais em relação à entidade patronal. A desresponsabilização dos empregadores pelas condições de trabalho e factores de risco profissionais é um inconveniente muitas vezes presente (Rantanen, 1990).

Várias têm sido as soluções técnicas e organizativas ensaiadas como resposta às necessidades das pequenas e médias empresas e dos trabalhadores independentes. Continua a ser uma situação não resolvida satisfatoriamente. Os avanços mais significativos têm partido dos países que como a Finlândia, a Itália e o Canadá defendem a saúde ocupacional como componente dos cuidados primários de saúde (Rantanen, 1990).

Para as indústrias com locais de trabalho móveis como a construção, transporte, pescas, floresta e agricultura alguns países usam unidades de serviços de saúde ocupacional móveis com sucesso, caso da França, Finlândia, Alemanha e Holanda (Rantanen, 1990).

A cobertura, quer quantitativa quer qualitativa, da população activa varia muito de país para país (**quadro 4**). A disponibilidade de serviços, independentemente do tipo de actividades prestadas, mostra valores percentuais que variam de 90% na Finlândia e 5,5 % na Grécia (Walters, 1997).

**Quadro 4 - Cobertura de serviços de saúde ocupacional na Europa**

País	Percentagem de trabalhadores cobertos por serviços de saúde ocupacional (%)
Bélgica	60
Dinamarca	34
Finlândia	90
França	86
Alemanha	50
Grécia	5.5
Irlanda	s/inf.
Itália	10
Holanda	42
Portugal	13
Espanha	15
Suécia	60
Reino Unido	53

Fonte: Walters, 1997

#### **4.3. O caso português**

No último lustro da década de oitenta torna-se evidente em Portugal a inadequação do modelo organizativo dos serviços de Medicina do trabalho adoptado na década de sessenta (Faria et al , 1985; BIT, 1985).

A entrada do nosso país na Comunidade Europeia em 1986, com a correspondente transposição do normativo comunitário tornam ainda mais evidente a incongruência do edifício legislativo na área da saúde ocupacional.

A estrutura empresarial continua a evoluir no sentido da atomização do tecido empresarial de tal maneira que, em 1997, as empresas com menos de dez trabalhadores representam 81,6% das unidades produtivas, conquanto tenham ao seu serviço somente 24,7% da população activa empregada (Portugal, 1999a). As grandes empresas, com quinhentos ou

mais trabalhadores ao seu serviço, são 0,1% do universo das empresas e empregam cerca de 18,6% dos trabalhadores. O conjunto das médias empresas com cinquenta a quatrocentos e noventa e nove trabalhadores correspondem a 2,8% das empresas e empregam cerca de 29,8% da população activa empregada (Portugal, 1999a).

A população activa empregada cresce globalmente na última vintena do século XX e a sua distribuição, por sectores de actividade, revela um crescimento do sector terciário à custa essencialmente do sector primário (**quadro 5**).

Na década de noventa os dados sobre a evolução da população activa são aparentemente contraditórios mostrando as estimativas, para os anos intermédios da década de noventa, da responsabilidade do Ministério do Emprego e Formação Profissional algum regresso aos sectores da agricultura e da indústria em detrimento do sector terciário. Dados do Censo de 2001 confirmam a tendência para a progressiva terciarização da economia portuguesa com a clara supremacia do sector de serviços e a redução significativa do sector primário da agricultura e pescas.

**Quadro 5 – Distribuição da população activa empregada por sectores de actividade de 1981 a 2001 (Continente)**

	1981	1991	1996	1997	1998	2001
	%	%	%	%	%	%
Sector primário	19,3	10,8	12,2	13,6	13,4	4,8
Sector secundário	39,1	37,9	31,4	31,6	36,1	35,5
Sector terciário	41,6	51,3	56,4	54,8	50,5	59,7
Número total de trabalhadores em milhares	4.183	4.395	4.250	4.332	4.527	4.450

Fonte: INE, censos 1981, 1991 e 2001; DETEFP, 1999

O primeiro impulso para a reforma dos serviços de medicina do trabalho é dado com a publicação do Decreto Lei n.º 1/85 de 16 de Janeiro que adopta a Convenção n.º 155 da OIT sobre a segurança e a saúde dos trabalhadores de 1981 (Decreto-Lei n.º 1/1985) .

O compromisso nacional de uma nova política de saúde ocupacional, assumido em forma de lei, não trouxe reflexos imediatos no edifício normativo e organizativo dos serviços de medicina do trabalho implantados desde a década de setenta. Esta inércia irá prolongar-se até para além da primeira metade da década de noventa de tal modo que Faria em 1994 constata que *eram lentos e escassos os progressos verificados na Medicina do trabalho de tal modo que persistem problemas e tendências que mostram resistência à mudança e incapacidade de aprender com os erros do passado* (Faria, 1994).

O Ministério da Saúde, por Despacho Ministerial de 13 de Março 1985, manifesta intenção de dar continuidade ao processo de renovação legislativo através da constituição de um grupo de trabalho com o objectivo de rever e actualizar a legislação sobre saúde ocupacional, por proposta da DGS (Informação, 1985). Nos considerandos desta decisão é expressamente referido que a legislação (Decreto Lei n.º 47511 e Decreto n.º 47512, 1967) está desajustada da conjuntura sócio-económica e política do nosso país, dos diplomas emanados de organismos internacionais como a OIT, a CEE e a OMS. Em concreto, é argumentado que a percentagem da população abrangida não se alterou significativamente ao longo da vigência da lei (Informação n.º 35/1985).

Segundo aquela apreciação da DGS a legislação existente dificulta a adopção de um modelo organizativo de saúde ocupacional integrado nos serviços oficiais de saúde e, por outro lado, encontram-se excluídas as empresas agrícolas, comerciais e de serviços. As pequenas empresas não foram capazes de criar serviços inter-empresas e os poucos serviços comuns existentes não se encontram dentro do espírito da legislação vigente. Não se encontra prevista a necessária dotação de recursos humanos e outros dos serviços oficiais. São somente considerados como técnicos de saúde ocupacional os médicos do trabalho e faltam directivas para formar outros como enfermeiros, higienistas industriais e técnicos de higiene e segurança e ainda para ministrar formação básica aos médicos de saúde pública e de clínica geral. Não existe definição dos estatutos profissionais para além dos médicos do trabalho de empresa (Informação n.º 35/1985).

O advento da década de noventa traz uma perspectiva renovadora do velho edifício legislativo e organizativo de saúde laboral criado na década de sessenta. As condições concretas no país e influências dos organismos internacionais como a União Europeia, a Organização Europeia da Organização Mundial de Saúde e em particular da Organização

Internacional do Trabalho permitem admitir um novo avanço da saúde dos trabalhadores (Santos, 1998).

Em 1991 é subscrito por todos os parceiros sociais, em sede do Conselho Permanente de Concertação Social, o acordo específico sobre Segurança, Higiene e Segurança do Trabalho (SHST) e é publicado o seu enquadramento legal (D.L. n.º 441/91, de 14 de Novembro), que remete para posteriores regulamentações diversos aspectos como a organização de serviços prestadores de cuidados, a formação dos trabalhadores e a sua participação (Portugal, 1991a; Decreto Lei n.º 441, 1991).

Na justificação política deste acordo são evocados grandes objectivos genéricos ou estratégicos de dupla natureza, orientados para as empresas e para os trabalhadores. A nova política de SHST deve, por um lado, levar em conta as mudanças de tecido empresarial e contribuir para os objectivos de modernização da economia elevando a competitividade das empresas e, por outro, assegurar a melhoria das condições de trabalho e de vida dos trabalhadores, satisfazendo os seus objectivos profissionais e garantindo o bem-estar e progresso social (Portugal, 1991a).

A nova política de SO é fundamentada com argumentos que ligam directamente a melhoria das condições de segurança, higiene e saúde no local de trabalho ao estímulo à criatividade e à motivação dos trabalhadores, ao desenvolvimento de qualificações e da experiência, ao aumento de bem estar físico e psíquico e ao atenuar de tensões individuais, familiares e de grupo. Assim o trabalho em condições de segurança e saúde leva à redução da sinistralidade e das doenças profissionais e por consequência à redução dos prejuízos directos e indirectos para a empresa e dos danos profissionais. Por outro lado a valorização dos recursos humanos e a melhoria das condições de trabalho fixam a mão de obra qualificada e permitem estabelecer um interface de crescimento harmonioso entre as condições de trabalho e a competitividade (Portugal, 1991a).

Os subscritores do acordo comprometeram-se a desenvolver a sua intervenção a três níveis: (1) *prevenção dos riscos profissionais* através da publicação da lei-quadro sobre SHST, DL n.º 441/1991 de 14 de Novembro que visa orientar o Estado ao nível legislativo e executivo e referenciar os direitos e obrigações dos empregadores e dos trabalhadores. A prevista constituição de um Instituto de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho de gestão participada pelas Confederações Patronais e Sindicais, responsável por

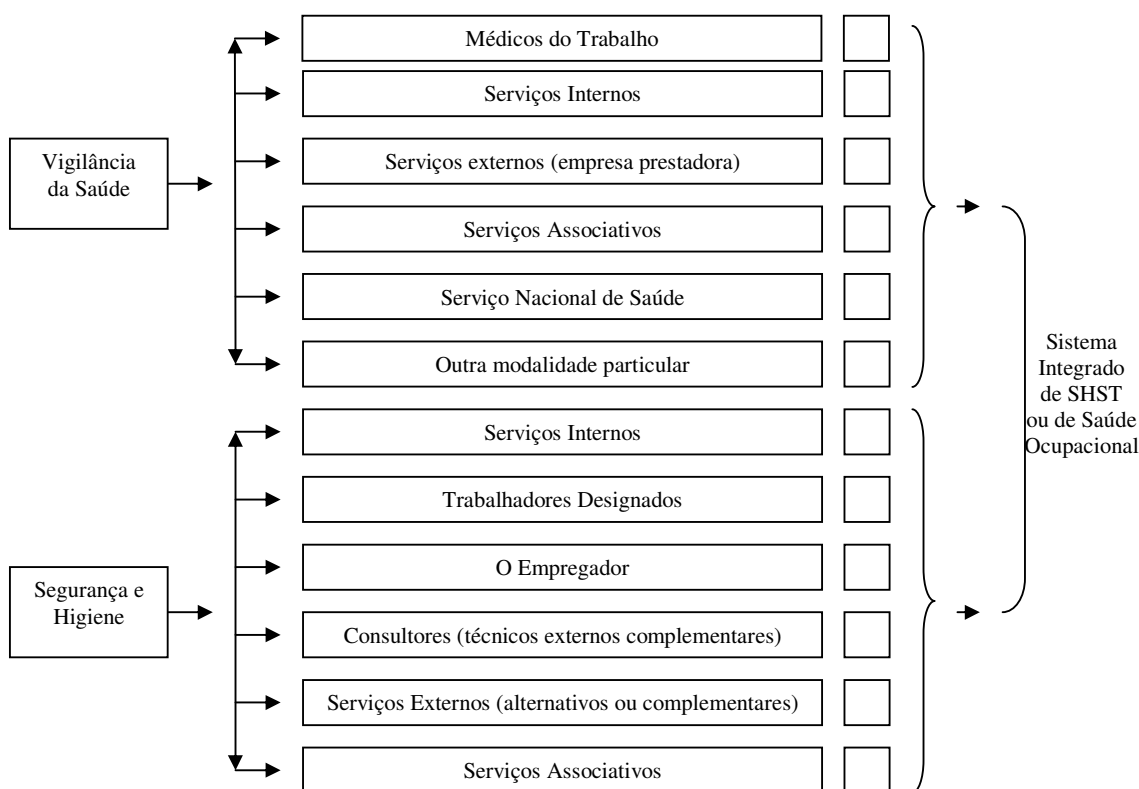
conceber, desenvolver e financiar projectos e programas de prevenção de riscos profissionais e de promoção e vigilância da saúde, da responsabilidade de entidades públicas e privadas, nunca chegou a ser efectivada, tendo sido criado o Instituto de Desenvolvimento e Inspecção das Condições de Trabalho;(2) *reparação* mais efectiva das incapacidades para o trabalho resultantes de acidentes e de doenças profissionais através de medidas como a publicação de Nova Tabela Nacional de Incapacidades, (efectivado pelo DL n.º 341/93 de 30 de Setembro), a actualização da Lista das Doenças Profissionais, (efectivado pelo Decreto Regulamentar n.º 6/2001 de 5 de Maio), a aprovação de um novo quadro legislativo próprio para a patologia profissional e a revisão das fórmulas de cálculo das indemnizações por incapacidade ou invalidez; (3) *reabilitação* através de diversas medidas que favoreçam a ocupação dos trabalhadores em funções compatíveis com o respectivo estado após o dano profissional (Portugal, 1991a).

A nova lei quadro (Decreto Lei n.º 441/91 de 14 de Novembro), tem como objectivo dotar o país de um quadro jurídico global que garanta uma efectiva prevenção de riscos profissionais e baseia-se na Convenção n.º 155 da OIT sobre Segurança, Saúde dos Trabalhadores e Ambiente de trabalho já adoptada por Portugal em 1985 (Decreto Lei n.º 1/85) e na Directiva Comunitária n.º 89/391/CEE (Directiva Conselho, 1989). A prevenção dos riscos profissionais exige a definição de políticas, a coordenação e a avaliação de resultados da competência dos ministérios responsáveis pelas áreas das condições de trabalho e da saúde, coadjuvados por uma estruturada e institucionalizada participação dos parceiros sociais através do Conselho Permanente de Concertação Social, do Instituto de SHST e do Conselho Nacional de Higiene e Segurança do Trabalho (Portugal, 1991; Decreto Lei n.º 441, 1991). Cabe ao Estado promover o desenvolvimento de uma rede nacional de serviços próprios para a prevenção dos riscos profissionais e o empregador é obrigado a assegurar aos trabalhadores condições de segurança, higiene e saúde em todos os aspectos relacionados com o trabalho. Inclui-se entre os deveres do empregador a garantia da informação, formação e consulta dos trabalhadores e dos seus representantes para o que deve organizar as actividades de segurança, higiene e saúde no trabalho (SHST).

A organização das actividades de SHST é definida na lei quadro de um modo genérico e polifacetado, podendo estas ser desenvolvidas por um ou mais trabalhadores, por um único serviço ou serviços distintos, internos ou exteriores à empresa ou ao

estabelecimento, e no caso da componente de higiene e segurança pelo próprio empregador em certas circunstâncias. A complexa estrutura organizativa resultante da lei (**Figura 4**) afasta-se das orientações internacionais da OIT e da OMS que apontam para serviços de cuidados de saúde ocupacional globais, integrados, multi-profissionais e participados. Não é feita qualquer referência à Convenção n.º 161 e à Recomendação n.º 171 da OIT (1985), sobre Serviços de Saúde Ocupacional que claramente vêm inovar a organização dos serviços de medicina do trabalho, substituindo a Recomendação n.º 112 da OIT de 1959 (OIT, 1985a,b; Decreto Lei n.º 441, 1991; WHO, 1995, 1999a, 2002).

**Figura 4 - Modalidades de Serviços SHST / Saúde Ocupacional**



Fonte: Modificado de IDICT. 1997

A exigência da regulamentação desta lei-quadro ficou desde logo estabelecida para os domínios da organização dos serviços de SHST, da formação, capacitação e qualificação dos profissionais de SO, do processo de eleição dos representantes dos trabalhadores e da definição de formas de aplicação à função pública (Decreto Lei n.º 441, 1991).

A data definida, no diploma quadro de 1991, para a regulamentação neste campo, 30 de Abril de 1992, foi largamente ultrapassada, tendo sido atravessado um largo e

generalizado processo de discussão pública das questões da higiene e segurança, incluindo as comemorações do Ano Europeu da SHST (1992), sem que se tenha verificado a tão desejada mudança de atitudes e de comportamentos face aos problemas postos pela relação entre o trabalho e a saúde e a segurança dos trabalhadores e as necessárias medidas para os enfrentar (Graça; Faria, 1993; Faria 1994).

Em 1994 é publicado o primeiro diploma regulamentador da organização e funcionamento das actividades de SHST, Decreto-Lei n.º 26/94 de 1 de Fevereiro, que vem revogar a legislação da década de sessenta sobre esta matéria. A nova organização de serviços contempla três modalidades serviços internos, inter-empresas e serviços externos o que não altera significativamente a estrutura dos serviços existentes até à data, particularmente nas duas primeira modalidades. Já na modalidade de serviços externos, considerados estes como serviços prestadores de cuidados independentes das empresas beneficiárias, é aberto um leque de possibilidades como serviços associativos, cooperativos, privados e convencionados (Decreto Lei n.º 26/94). A necessidade de disciplinar a actividade dos serviços externos bem como a qualificação dos outros profissionais de SO, que não são médicos do trabalho, está presente no conteúdo normativo desta versão legislativa da organização de serviços, bem como na primeira revisão dada pela Lei n.º 7/95 e na última alteração através do Decreto-Lei n.º 109/2000 de 30 de Junho. As condições de acesso e de exercício das profissões de técnico superior e de técnico de segurança e higiene do trabalho são definidas em legislação específica publicada para o efeito (Decreto-Lei n.º 110/2000).

Uma das inovações mais relevante deste dispositivo técnico-jurídico é a possibilidade legal das empresas poderem adoptar (**Figura 4**), a modalidade de serviços que desejarem em cada estabelecimento, organizar separadamente as actividades de segurança e higiene e as de saúde, bem como a faculdade do empregador poder exercer directamente, em certas circunstâncias, as actividades de segurança e higiene, como já indicava a *lei quadro* (Decreto Lei n.º 26/94).

De notar que a Lei n.º 7/95, como primeira alteração, por ratificação da Assembleia da República, do Decreto-Lei n.º 26/94 centra-se na recuperação de algumas disposições da anterior legislação de 1967, nomeadamente a recuperação dos critérios de empresa com mais de 200 trabalhadores e de empresa abrangida por legislação específica de risco de



doença profissional para impor a organização da modalidade serviços internos e a definição de um outro critério de idêntica natureza de empresa com mais de 800 trabalhadores no mesmo estabelecimento ou estabelecimentos próximos para obrigar à organização de serviços internos. É igualmente recuperada a disposição administrativa de cálculo do tempo de trabalho do médico que garanta uma hora por mês por cada dez trabalhadores ou fracção nas empresas industriais e uma hora mês por cada vinte trabalhadores nas empresas comerciais e outros locais de trabalho. Como na legislação de 1967 nenhum médico do trabalho pode assegurar a vigilância de um número de trabalhadores a que corresponda mais de 150 horas de serviço por mês (Lei n.º 7/95).

A valorização do enfermeiro do trabalho como profissional de SHST é assumida na primeira revisão da legislação em 1995. A exigência da realização de exames médicos obrigatórios para avaliação da aptidão física e psíquica dos trabalhadores é substituída pela realização de exames de saúde onde o médico do trabalho deve ser coadjuvado, obrigatoriamente, por um profissional de enfermagem qualificado ou habilitado, nas empresas com mais de 250 trabalhadores. A definição de enfermeiro do trabalho é feita segundo uma formulação que pressupõe a formação académica específica de enfermagem do trabalho ou, transitoriamente, e enquanto se verificar a carência comprovada de enfermeiros do trabalho, a autorização de exercício dada pela Direcção Geral de Saúde (Lei n.º 7/95). Na posterior alteração à legislação pelo Decreto Lei n.º 109/2000 de 30 de Junho a referência ao enfermeiro do trabalho é no essencial retirada.

O novo regime de organização de serviços de SHST é estendido, em 1995, à Administração Pública Central, Regional e Local e aos Institutos Públicos através do Decreto-Lei n.º 191/95 de 28 de Julho. Em 1999, reconhecida a não concretização da primeira legislação, é publicado o Decreto-Lei nº 488/99, de 17 de Novembro, com os mesmos objectivos do anterior fazendo ênfase na responsabilização dos empregadores da administração pública pelo não cumprimento das normas legais sobre SHST.

Em 1996, a falta de dinâmica de implementação consequente do novo quadro legislativo da organização de serviços de SHST é reconhecida pelos parceiros sociais e pelo governo, de tal modo que o Acordo de Concertação Estratégica (1996) contempla um conjunto de medidas operativas que visam relançar este objectivo estratégico nacional. O Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho (IDICT) publica em 1997, o

*Livre Verde* sobre os Serviços de Prevenção das Empresas onde reconhece que não foram atingidos os objectivos a que se propunha este novo regime de organização e funcionamento das actividades de SHST, tanto ao nível das responsabilidades das empresas como ao nível da Administração Pública (Portugal, 1997). Na opinião dos seus autores tal ficou a dever-se à falta de regulamentação subsequente nas áreas dos mecanismos de autorização da prestação de serviços externos de segurança e saúde do trabalho e da certificação dos técnicos de prevenção e ao não estabelecimento da rede de organismos de referência. Esta justificação imediata junta-se às dificuldades estruturais anteriores, nomeadamente, a não adopção de uma política adequada no nosso país na sequência da Convenção n.º155 da OIT de 1981 e a não formação de técnicos na área da segurança e higiene para além dos médicos do trabalho (Portugal, 1997).

Em 1999, a publicação do *Livre Branco* dos Serviços de Prevenção das Empresas faz a reactualização dos debates públicos sobre a Saúde Ocupacional que marcaram a década de noventa com especial destaque para o Acordo Social de Segurança, Higiene e Saúde do Trabalho (1991), a *Lei Quadro* Decreto Lei n.º 441/91, o Ano Europeu para a Segurança e Saúde no Local de Trabalho (1992), o Acordo de Concertação Estratégica (1996) e o *Livre Verde* sobre os Serviços de Prevenção das Empresas (1997). Este texto apresenta como principal inovação a tentativa, ainda que limitada, de abordagem integrada dos constrangimentos que levaram ao insucesso relativo do novo edifício normativo dos serviços de SHST. Os indicadores de saúde ocupacional (acidentes de trabalho e doenças profissionais) não evoluíram favoravelmente e o esforço centrado quase exclusivamente na produção de legislação não teve em conta o contexto de mudança da estrutura empresarial, da população activa e dos desenvolvimentos tecnológicos e organizacionais do nosso sistema económico (Portugal, 1999b). A ausência de enquadramento político mais abrangente e integrado com medidas nas áreas da formação, investigação, qualidade e participação em SHST, para além do fraco e pouco sustentado incremento da rede de organismos oficiais de apoio aos profissionais e prestadores são as razões evocadas, não só em Portugal, para a estagnação da Saúde Ocupacional (Portugal, 1999b; Rantanen; Westerholm, 2001)

As reflexões e recomendações constantes destes últimos textos publicados pelo IDICT serviram de suporte a uma nova alteração legislativa ao regime de organização e funcionamento das actividades de SHST com enfoque na prevenção em actividades onde

os riscos são mais elevados, na melhor qualificação dos chamados serviços externos e na formação e certificação dos técnicos de prevenção (Decreto Lei n.º 109/2000)

Uma década depois do Acordo de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (1991), o Governo e os Parceiros Sociais constatarem que o seu grau de realização é ainda bastante deficitário pelo que decidem assinar novo acordo orientado para a adopção de medidas concretas nas áreas específicas fundamentais: *a prevenção de riscos profissionais e combate à sinistralidade e a melhoria dos serviços de SHST* (Portugal, 2001)

Faz parte do Acordo a elaboração, pelo, Governo do Plano Nacional de Acção para a Prevenção (PNAP) que, no seu conteúdo, tem como primeiro objectivo *o apuramento do impacto da legislação existente, nas empresas e da respectiva eficiência no domínio da prevenção de riscos profissionais* (Portugal, 2001).

**O desenvolvimento da organização de actividades de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho em Portugal encontra-se numa fase de transição entre o Sistema Clássico de Medicina do Trabalho e a Nova Saúde Ocupacional, resultado em grande medida da influência das orientações internacionais mais recentes da UE, OIT e da OMS, nomeadamente da Directiva do Conselho n.º 89/391/CEE, da Convenção n.º 161 e Recomendação n.º 171 sobre os serviços de Saúde Ocupacional (OIT, 1985a,b) e da Estratégia Global da Saúde Ocupacional para Todos: o caminho para a saúde no trabalho (WHO, 1995).**

**No contexto da evolução histórica da saúde ocupacional, (Figura 3, pag, 30) o factor da intervenção das estruturas de poder das sociedades na transposição de conceitos e na definição jurídica e regulamentadora dos serviços, chamados de SHST ou de SO, assume um papel relevante mas para ser efectivo necessita do contributo dos profissionais de saúde ocupacional nomeadamente dos médicos do trabalho, pelo que importa conhecer o seu pensamento e a sua prática profissional.**

## **SEGUNDA PARTE**

### **AS OPINIÕES E A PRÁTICA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS DO TRABALHO E A MUDANÇA DO CONTEXTO ORGANIZATIVO**



## **5.1. Finalidade e Objectivos do Estudo**

### **5.1.1. Finalidade**

O desenvolvimento da saúde ocupacional é a resultante de uma multifactorialidade económica e social onde o contributo dos médicos do trabalho é um factor relevante sem assumir, no entanto, um carácter determinante. O presente trabalho tem como finalidade descrever a evolução do pensamento e da prática profissional dos médicos do trabalho diplomados pela ENSP/UNL, numa perspectiva de "antes e depois" de 1994/1995, data charneira da mudança do contexto organizacional legal da medicina do trabalho e identificar em que medida as eventuais mudanças de pensamento e prática profissional acompanham as alterações do enquadramento económico e social da saúde ocupacional nacional.

### **5.1.2. Objectivos do estudo**

Descrever e comparar a opinião dos médicos diplomados em medicina do trabalho pela ENSP/UNL, antes e depois da mudança legislativa (1994/1995) sobre organização de serviços de SHST, nos seguintes domínios:

- Política de saúde ocupacional nacional e de empresa, bem como da adequação da respectiva legislação;
- Organização dos serviços de medicina do trabalho e seus instrumentos regulamentares;
- Desenvolvimento futuro da medicina do trabalho/saúde ocupacional e as suas principais condicionantes e determinantes;
- Papel e funções do médico do trabalho;
- Avaliação do ensino em medicina do trabalho ministrado na Escola Nacional de Saúde Pública e as necessidades sentidas de formação futura;
- Prática profissional dos médicos diplomados em medicina do trabalho.

## **5.2. Metodologia**

### **5.2.1. Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo empírico, descritivo e comparativo das opiniões e da prática profissional declaradas através de um questionário, elaborado para o efeito, auto preenchido pelos médicos do trabalho. O trabalho de campo consistiu num inquérito postal com resposta paga, dirigido aos médicos diplomados em Medicina do Trabalho pela ENSP/UNL, residentes em território nacional e aplicado em dois momentos diferentes, 1993 e 2000. No presente estudo foram consideradas as respostas dos respondentes comuns aos dois inquéritos

### **5.2.2. Questões de trabalho**

Com o estudo pretende-se obter informação pertinente sobre um grupo profissional dominante na prática da saúde ocupacional, não visando testar hipóteses estabelecidas à partida. No entanto, o presente trabalho pretende responder às seguintes questões em aberto:

- se a percepção do grau de satisfação dos médicos do trabalho quanto ao papel e estatuto profissionais se alterou com o novo enquadramento jurídico;
- verificar em que medida o nível de satisfação relativo à formação especializada, formal e informal, dos médicos do trabalho e a sua relação com as necessidades sentidas na prática profissional acompanhou a mudança legislativa em SO;
- se a efectividade de desempenho profissional em SO dos médicos do trabalho diplomados pela ENSP, evoluiu ou sofreu significativas alterações que acompanhem a mudança legislativa da década de noventa;
- se o modelo de organização de serviços de medicina do trabalho e a política de saúde laboral inerentes à nova legislação continuam em desacordo com o sentir dos médicos do trabalho no contexto do desenvolvimento sócio-económico e científico nacional.

### **5.2.3. População em estudo e amostra**

A amostra objecto do presente estudo é constituída por 153 respondentes comuns aos inquéritos de 1993 e de 2000.

O inquérito de 1993 foi dirigido à população em estudo constituída pelos 650 médicos do trabalho diplomados pela Escola Nacional de Saúde Pública entre 1964 e 1991, residentes no Continente e Regiões Autónomas. Com morada desconhecida ou por devolução de questionário foram contabilizadas 19 situações. Dos 631 inquiridos responderam no total 277 médicos do trabalho, 43,9% (**Quadro 6**). Dos questionários recebidos foram anulados 7 por mais de metade das questões não estarem respondidas.

O inquérito de 2000 foi dirigido a 642 médicos do trabalho diplomados, menos 8 médicos, entretanto falecidos. Com morada desconhecida ou por devolução de questionário foram identificadas 32 situações. Dos 610 inquiridos responderam 211 médicos do trabalho, 34,6% com questionários válidos.

**Quadro 6 – População Inquirida e Respondentes**

	1993	2000
Questionários enviados	650	642
Questionários devolvidos	19	32
Médicos do trabalho inquiridos	631	610
Respondentes	277	211
Percentagem dos inquiridos com resposta válida	43,9%	34,6%



A população em estudo, os respondentes válidos e a amostra dos respondentes comuns são maioritariamente do sexo masculino, nascidos depois de 1945, licenciados em medicina e diplomados em medicina do trabalho depois de 1974 (**Quadros 7, 8, 9 e 10**). As proporções são idênticas em qualquer das distribuições consideradas.

**Quadro 7 - Distribuição da População em Estudo e dos Respondentes por Sexo**

	População em estudo 1993	Respondentes válidos 1993	Amostra
Masculino	491 (75,5%)	218 (80,7%)	112 (73,2%)
Feminino	159 (24,5%)	52 (19,3%)	41 (26,8%)
Total	650 (=100)	270 (=100)	153 (=100)

**Quadro 8 – Distribuição da População em Estudo e dos Respondentes por Ano de Nascimento**

	Antes de 1930	1930 a 1944	Depois de 1945
População em estudo 1993 (650= 100)	91 (14,0%)	172 (26,5%)	387 (59,5%)
Respondentes válidos 1993 (270= 100)	37 (13,7%)	65 (24,1%)	168 (62,2%)
Amostra (153= 100)	15 (9,8%)	36 (23,5%)	102 (66,7%)

**Quadro 9 – Distribuição da População em Estudo e dos Respondentes por Ano de Licenciatura**

	Até 1974	1974 e seguintes
População em estudo 1993 (650=100)	315 (48,5%)	335 (51,5%)
Respondentes 1993 (270=100)	108 (40,0%)	162 (60%)
Amostra (153= 100)	54 (35,3%)	99 (64,7%)

**Quadro 10 – Distribuição da População em Estudo e dos Respondentes por Ano do Curso de Medicina do Trabalho**

	1964 a 1974	1975 a 1985	1986 a 1991
População em estudo 1993 (650=100)	189 (29,1%)	312 (48,0%)	149 (22,9%)
Respondentes válidos 1993 (270=100)	69 (25,6%)	122 (45,2%)	79 (29,2%)
Amostra (153= 100)	37 (24,2%)	66 (43,1%)	50 (32,7%)

Os respondentes distribuíram-se por todos os anos do curso de Medicina do Trabalho desde 1964 até 1991. No inquérito de 1993 o menor número de respostas verificou-se nos diplomados de 1973 (4 respostas) e o maior no ano de 1982 (24 respostas).

Os respondentes comuns aos dois inquéritos, 1993 e 2000, distribuíram-se também por todos os anos do Curso de Medicina do Trabalho de 1964 a 1991. O menor número de respondentes (2) verifica-se igualmente no ano de 1973 e o maior número no ano de 1982 (14).

#### **5.2.4. Preparação do questionário auto-preenchido**

Em 1982, a Cadeira de Saúde Ocupacional da ENSP, actualmente Grupo de Disciplinas de Saúde Ocupacional, levou à prática um inquérito, por questionário postal, que teve como objectivo essencial obter a indispensável contribuição de todos os diplomados com o Curso de Medicina do Trabalho para o processo de avaliação de resultados da formação em que a Cadeira se encontrava empenhada, com vista a uma reformulação das actividades lectivas, e ao aperfeiçoamento do ensino (Portugal, 1982).

A experiência desta primeira iniciativa serviu de suporte à elaboração de um novo inquérito, uma dezena de anos depois, com objectivos mais alargados e que incluiu para além da avaliação da prática profissional e da pertinência da formação recebida na ENSP, o conhecimento da opinião expressa dos diplomados sobre o desempenho em Medicina do Trabalho e em Saúde Ocupacional e sobre propostas concretas de um modelo de organização de cuidados de Saúde Ocupacional para o país (Faria *et al.*, 1985).

O presente estudo para além das questões adaptadas do questionário inicial integrou ainda novos quesitos relativos ao exercício profissional dos médicos do trabalho, referenciados por diversos autores e já ensaiados com populações médicas da área da medicina do trabalho, saúde pública e clínica geral (Navarro; Imperatori, 1983; Navarro, 1983; Vanhoorne, 1988; Brandt-Rauf; Teichman, 1988; Pransky, 1990; Joffe, 1992). As perguntas de opinião ou de atitude foram formuladas segundo um modelo predominantemente do tipo Likert com cinco alternativas (Ward, 1974). Previam-se as respostas: 1- Concordo totalmente; 2- Concordo parcialmente; 3- Não concordo nem discordo; 4- Discordo parcialmente; 5- Discordo totalmente.

O projecto de questionário foi de seguida submetido à apreciação individual de um grupo de peritos, docentes da ENSP (António Sousa Uva, Fernanda Navarro, João Prista e Silva, Júlia Vilar, Luís Graça, Mário Faria, e Teodoro Briz). As críticas, sugestões e propostas recebidas foram analisadas e no essencial traduziram-se por: concordância genérica com os objectivos e o modelo de questionário; separação clara entre a primeira parte do questionário, essencialmente com questões de opinião, a ser respondida por todos os inquiridos, independentemente do tipo de exercício profissional e, uma segunda parte com questões orientadas para a prática profissional, dirigida aos médicos do trabalho de empresa; reordenação dos quesitos de forma lógica tendo em conta a sugestão anterior; precisão na linguagem e nos termos técnicos bem como a reformulação de algumas perguntas. O questionário final, composto por dois questionários autónomos e diferenciados de acordo com os objectivos parciais a atingir, foi revisto em reunião restrita do autor com dois daqueles docentes (Luís Graça e Mário Faria).

O primeiro questionário (Anexo 1) dirigido a todos os inquiridos visou colher opinião sobre o desenvolvimento geral da medicina do trabalho/saúde ocupacional e foi composto por 27 questões subdivididas em 3 partes.

A primeira parte inquiria sobre a situação actual da MT/SHST/SO com perguntas sobre políticas de saúde da empresa e nacional (itens 1 e 2); adequação da legislação sobre Medicina do Trabalho, o papel e as funções do médico do trabalho e o seu grau de cumprimento (itens 3, 4 e 5); suficiência de médicos do trabalho (item 6); garantias de exercício e estatuto profissional e impacto da actividade dos médicos do trabalho (itens 7, 8, 10 e 11) e o contributo de outros profissionais de saúde não médicos (item 9).

A segunda parte questionava sobre: modelo de organização de serviços de Medicina do Trabalho (item 12); a utilidade do regulamento e do relatório dos serviços de Medicina do Trabalho (itens 13 e 14); a boa prática de planeamento, organização e gestão dos serviços de Medicina do Trabalho (item 15).

A terceira parte focava o desenvolvimento da Medicina do Trabalho/Saúde Ocupacional numa perspectiva futura e incluía questões sobre: as prioridades da política de saúde nos locais de trabalho (item 16); as influências de organismos e políticas internacionais (itens 17 e 18); as medidas prioritárias na definição de política de Saúde Ocupacional/Medicina do Trabalho (item 19). Este último item, tinha uma formulação particular, com a

enumeração de 9 medidas concretas de política, solicitando aos inquiridos a sua ordenação por grau de prioridade e permitia a inclusão de outras propostas. Nesta terceira parte do 1º questionário foram incluídas ainda perguntas sobre: o modelo de organização de serviços de Medicina do Trabalho/Saúde Ocupacional (itens 20, 21 e 22); a participação dos trabalhadores e dos empregadores (itens 23 e 24); o financiamento (item 25); a prioridade de formação de profissionais de saúde ocupacional (item 26), nesta questão foi solicitada a hierarquização de prioridades de formação de 6 perfis clássicos de profissionais de SO, com a possibilidade de acrescentar outros não mencionados; o regime de exercício profissional dos médicos (item 27).

No segundo questionário (Anexo 2) pretendeu-se caracterizar a prática profissional e o nível de actividade em Medicina do Trabalho. Era constituído por 29 questões.

O tipo de actividade de MT/SO desenvolvido foi questionado no 1º item. Os itens 2 e 3 pretenderam caracterizar a situação dos diplomados que não desenvolvessem à altura qualquer actividade de MT. Somente os que desenvolviam actividade em MT/SO foram chamados a responder às questões sobre: nível de actividade (item 4); especialização (itens 5 e 6); actualização (item 7); importância da formação recebida, sua classificação e necessidade de aprofundamento futuro (itens 8 e 9). Nesta última questão foi solicitada a classificação numa escala de 1 a 5 de nove temas de formação clássica do Curso de Medicina do Trabalho segundo os critérios de avaliação da formação recebida e necessidade de aprofundamento da mesma. A parte final do questionário foi dirigida, em particular, à modalidade de exercício de médico do trabalho de empresa e incluiu: a caracterização do serviço de medicina do trabalho (itens 10 a 15 e 17 a 23); a caracterização da actividade médica (itens 16, 24, 25 e 28); a participação das estruturas representativas dos trabalhadores (itens 26 e 27); o contributo da administração da empresa para melhorar as condições de trabalho (item 29).

Estes dois questionários foram objecto de pequenas modificações aquando do segundo inquérito realizado no ano 2000. As principais modificações foram: a actualização da terminologia, isto é em vez de medicina do trabalho passou a referir-se medicina do trabalho/segurança, higiene e saúde no trabalho; no questionário n.º 1 foi suprimida a II parte, perguntas 12 a 15, que incidia sobre a legislação de medicina do trabalho de 1967 (D.L. n.º47511 e D. n.º47512, ambos de 1967); o número de ordem das perguntas foi

actualizado sequencialmente e o questionário n.º 1 passou de 27 para 23 itens; no questionário n.º 2 foram suprimidas as perguntas 12 e 13 referentes à caracterização por género e categoria profissional dos trabalhadores das empresas com serviços de medicina do trabalho (Anexos 3 e 4).

#### **5.2.5. Aplicação dos questionários**

Do ficheiro de ex-alunos existente na Cadeira de Saúde Ocupacional da ENSP (posteriormente Grupo de Disciplinas de Saúde Ocupacional) foi retirada uma listagem, por ordem alfabética, dos diplomados residentes em Portugal Continental e Regiões Autónomas, que foi codificada numericamente. Com base na lista de endereços foram expedidas cartas que continham os dois questionários autónomos de cores diferentes, identificados pelo respectivo número de código, acompanhados de uma página de instruções de preenchimento (Anexo 5), e de um texto de apresentação dos objectivos do inquérito onde se identificava o autor do estudo e o fim a que se destinava (Anexo 6). Incluiu-se ainda um envelope de retorno, selado e dirigido à ENSP – Cadeira de Saúde Ocupacional.

O primeiro envio foi iniciado em Dezembro de 1992. Em Junho de 1993 iniciou-se o segundo envio, idêntico ao primeiro, para os não respondentes o qual incluía a informação da percentagem de respondentes da 1ª volta (Anexo 7).

Estava prevista, inicialmente, uma terceira insistência que não se concretizou visto a taxa de respondentes ao 2º envio ter sido reduzida.

Os questionários recebidos, identificados pelo número de código, foram analisados e codificadas as respostas. Posteriormente procedeu-se à sua introdução em base de dados que já continha a informação demográfica disponível na Cadeira de Saúde Ocupacional da ENSP.

O segundo inquérito foi iniciado em Abril de 2000 tendo sido enviados os questionários nº1 e 2 reformulados (Anexos 3 e 4), a 642 médicos diplomados em medicina do trabalho e residentes no país. A modalidade de apresentação e contacto foi idêntica (Anexo 8), tendo sido substituído o envelope selado de retorno por envelope de resposta sem franquia (RSF).

Foram efectuadas duas insistências, igualmente por via postal, em Julho e Novembro, de 2000, dirigidas aos não respondentes (Anexos 9 e 10). Com colaboração da Ordem dos Médicos foi feita a actualização dos endereços de cerca de 70 inquiridos.

Os questionários recebidos, identificados pelo número de código, foram analisados e codificadas as respostas com os mesmos critérios utilizados no inquérito de 1993.

Os dados foram introduzidos no programa Microsoft Excel ®. Procedeu-se à actualização da base de dados de 1993 (Dbase), transferindo-a igualmente para Excel. A partir das duas bases de dados criou-se um ficheiro novo dos respondentes comuns aos dois inquéritos, sobre o qual foi desenvolvido o estudo da análise descritiva dos resultados, das comparações "antes" e "depois" e de alguns cruzamentos entre variáveis como o ano de curso de medicina do trabalho e as variáveis de desempenho profissional, o horário semanal e a organização dos serviços de MT/SHST/SO, a modalidade de serviços e a sua estrutura interna e operacional. Os respondentes comuns aos dois inquéritos não tiveram acesso às suas respostas anteriores.

#### **5.2.6. Apresentação dos resultados**

Os dados foram tratados através do programa SPSS 11.0 for Windows ®, tendo sido consideradas as respostas válidas com exclusão dos não respondentes em cada questão.

Os parâmetros das variáveis de estudo de opinião e da prática profissional foram apresentados por frequências absolutas e em percentagem.

Nas variáveis quantitativas foram calculadas a média aritmética, a moda, a mediana e o desvio padrão.

Nas comparações dos dados, referentes aos dois tempos de observação, foram usados os testes não paramétricos de Wilcoxon e McNemar para amostras emparelhadas com vista a detectar eventuais diferenças. O primeiro para variáveis medidas em escala ordinal e o segundo para variáveis medidas em escala nominal. O emparelhamento para análise estatística foi feito questão a questão com um número de pares igual ou menor que o número mínimo de respondentes da amostra, em 1993 ou em 2000,  $n' = \text{ou} < (n_{1993}, n_{2000})$ .

Para comparação de médias de parâmetros quantitativos utilizou-se um teste paramétrico, o teste  $t$  de Student, após verificação da distribuição normal.

Como nível de significância adoptou-se o valor de 5%, admitindo-se existir diferença significativa quando o valor de  $p$  fosse inferior a 0,05.



## 6. Resultados

### 6.1. Política de Medicina do Trabalho/Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho/Saúde Ocupacional (MT/SHST/SO)

#### 6.1.1. Definição e formalização de políticas de MT/SHST/SO nas empresas

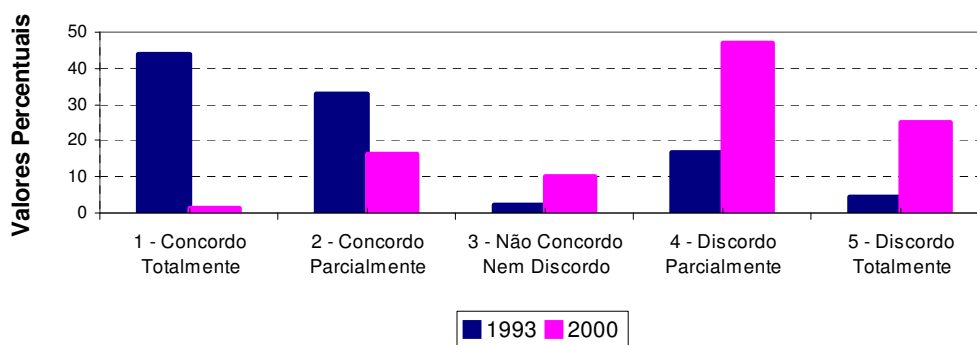
Em 1993, a maioria dos médicos respondentes ao inquérito, 76,8%, concordou total ou parcialmente com a opinião de que as empresas tinham definidas e formalizadas as políticas de MT/SHST/SO (**Quadro 11; Figura 5**). A moda correspondeu à resposta “concordo totalmente”.

**Quadro 11 - Definição e formalização das políticas de MT/SHST/SO nas empresas**

	1993		2000	
	n	%	n	%
1 - Concordo Totalmente	66	<b>43,7</b>	2	1,4
2 - Concordo Parcialmente	50	33,1	24	16,3
3 - Não Concordo Nem Discordo	3	2,0	15	10,2
4 - Discordo Parcialmente	25	16,6	69	<b>46,9</b>
5 - Discordo Totalmente	7	4,6	37	25,2
TOTAL	151	100	147	100

$p < 0,001$  (teste Wilcoxon) (s.)

**Figura 5**  
**Definição e formalização das políticas de MT/SHST/SO nas empresas**



No ano 2000, verificou-se uma mudança de opinião de tal modo que, 72,1% dos médicos discordam total ou parcialmente da afirmação de que as empresas têm políticas definidas e formalizadas. A resposta modal foi “discordo parcialmente”.

As diferenças observadas são do ponto de vista estatístico altamente significativas.

### **6.1.2. Definição da política nacional de MT/SHST/SO**

A discordância total ou parcial com a opinião de que existe uma definição clara da política nacional de MT/SHST/SO foi a resposta maioritária em 1993 e 2000 (**Quadro 12; Figura 6**).

**Quadro 12 - Definição clara da Política Nacional de MT/SHST/SO**

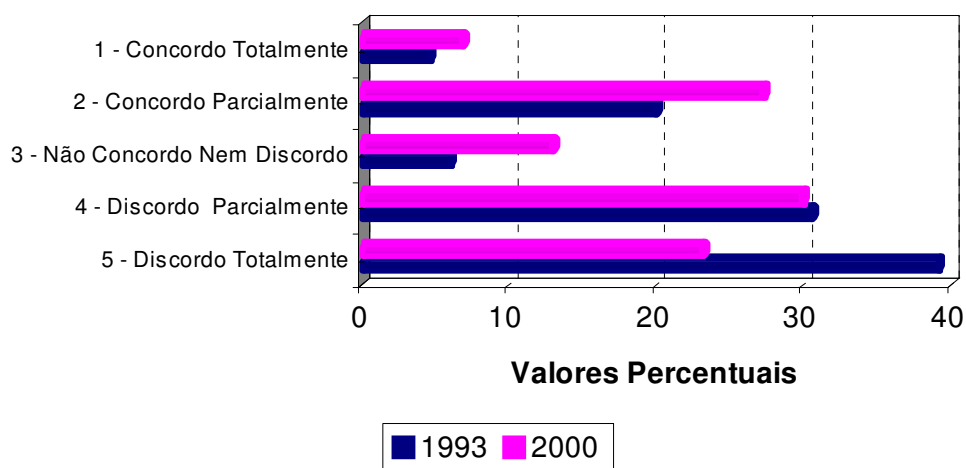
	1993		2000	
	n	%	n	%
1 - Concordo Totalmente	7	4,6	10	6,8
2 - Concordo Parcialmente	30	19,9	40	27,2
3 - Não Concordo Nem Discordo	9	6,0	19	12,9
4 - Discordo Parcialmente	46	30,5	44	<b>30,0</b>
5 - Discordo Totalmente	59	<b>39,0</b>	34	23,1
TOTAL	151	100	147	100

p< 0,001 (teste Wilcoxon) (s.)

A percentagem das respostas concordantes com a existência de uma política nacional de MT/SHST/SO claramente definida progrediu entre os períodos em análise. A resposta modal inicial foi “discordo totalmente” 39,0% e, posteriormente, “discordo parcialmente”, 30,0 %.

A diferença de respostas observadas é muito significativa.

**Figura 6**  
**Definição clara da Política Nacional de MT/SHST/SO**



### 6.1.3. Actualização da legislação sobre MT/SHST/SO

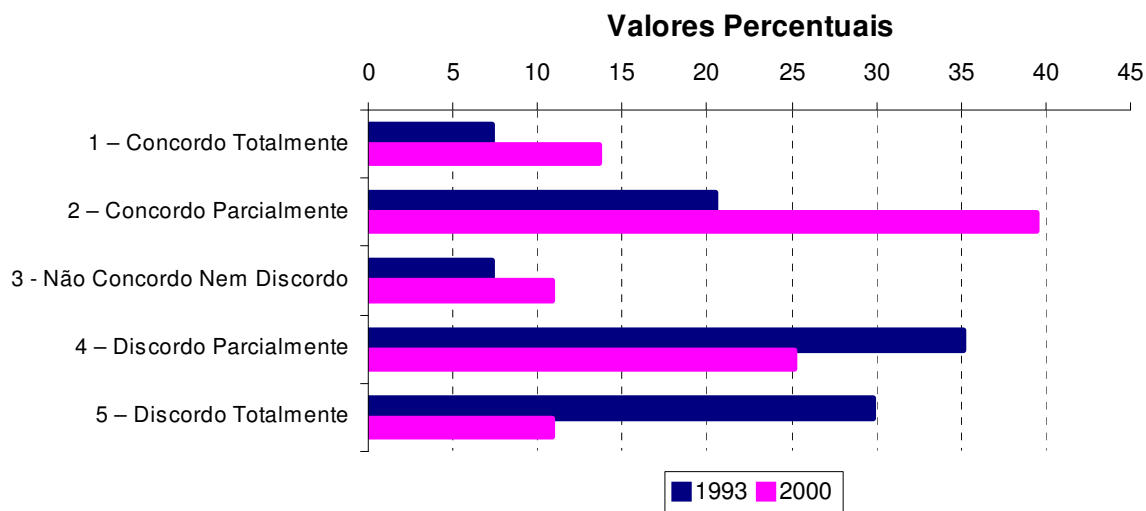
A legislação sobre MT/SHST/SO foi considerada actualizada, em 1993, por menos de 30% dos respondentes, situação essa que se alterou radicalmente no segundo inquérito onde a maioria dos respondentes passou a concordar, total ou parcialmente, com tal afirmação (**Quadro 13; Figura 7**).

#### Quadro 13 - A legislação existente sobre MT/SHST/SO está actualizada

	1993		2000	
	n	%	n	%
1 - Concordo Totalmente	11	7,3	20	13,6
2 - Concordo Parcialmente	31	20,5	58	<b>39,5</b>
3 - Não Concordo Nem Discordo	11	7,3	16	10,9
4 - Discordo Parcialmente	53	<b>35,1</b>	37	25,1
5 - Discordo Totalmente	45	29,8	16	10,9
TOTAL	151	100	147	100

p< 0,001 (teste Wilcoxon) (s.)

**Figura 7**  
**A legislação existente sobre MT/SHST/SO está actualizada**



A resposta modal à questão sobre actualização da legislação passou de “discordo parcialmente”, a “concordo parcialmente”.

A mudança de sentido das diferenças é altamente significativa.

#### **6.1.4. Cumprimento nas empresas da legislação sobre MT/SHST/SO**

É opinião generalizada dos respondentes, em ambos os inquéritos, que as empresas não cumprem a legislação de MT/SHST/SO. O grau de discordância diminui no período considerado (**Quadro 14; Figura 8**).

No entanto, a resposta modal passou de “discordo totalmente” para “discordo parcialmente”.

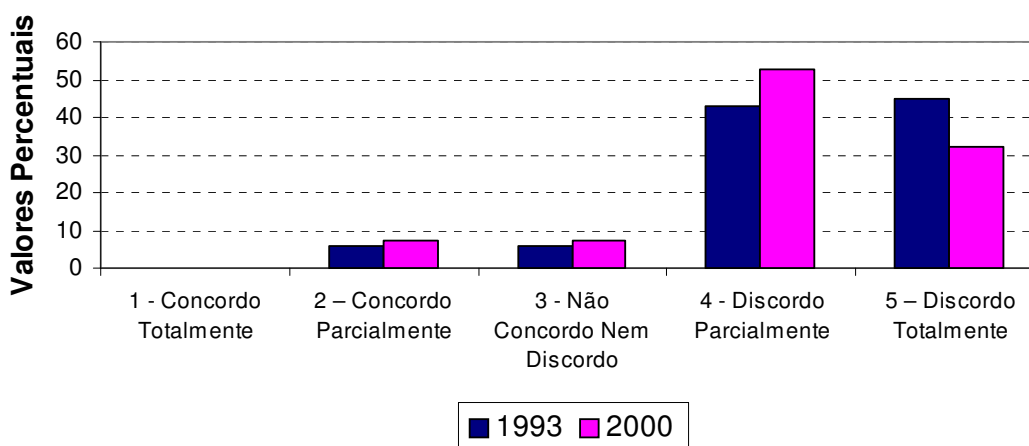
Esta diferença de opinião é estatisticamente significativa.

**Quadro 14 - A legislação existente sobre MT/SHST/SO é cumprida nas empresas**

	1993		2000	
	n	%	n	%
1 - Concordo Totalmente	0	0,0	0	0,0
2 - Concordo Parcialmente	9	6,0	11	7,5
3 - Não Concordo Nem Discordo	9	6,0	11	7,5
4 - Discordo Parcialmente	65	43,0	77	<b>52,8</b>
5 - Discordo Totalmente	68	<b>45,0</b>	47	32,2
TOTAL	151	100	146	100

p< 0,05 (teste Wilcoxon) (s.)

**Figura 8**  
**A legislação existente sobre MT/SHST/SO é cumprida nas empresas**



#### 6.1.5. Definição do papel e das funções do médico do trabalho

A definição, na legislação de MT/SHST/SO, do papel e das funções do médico do trabalho foi considerada insuficiente pelos inquiridos, antes da publicação da nova legislação de 1994/1995. Em 2000, a maioria dos respondentes concordou parcial ou totalmente com a adequação da definição do papel e das funções dos MT (**Quadro 15; Figura 9**).

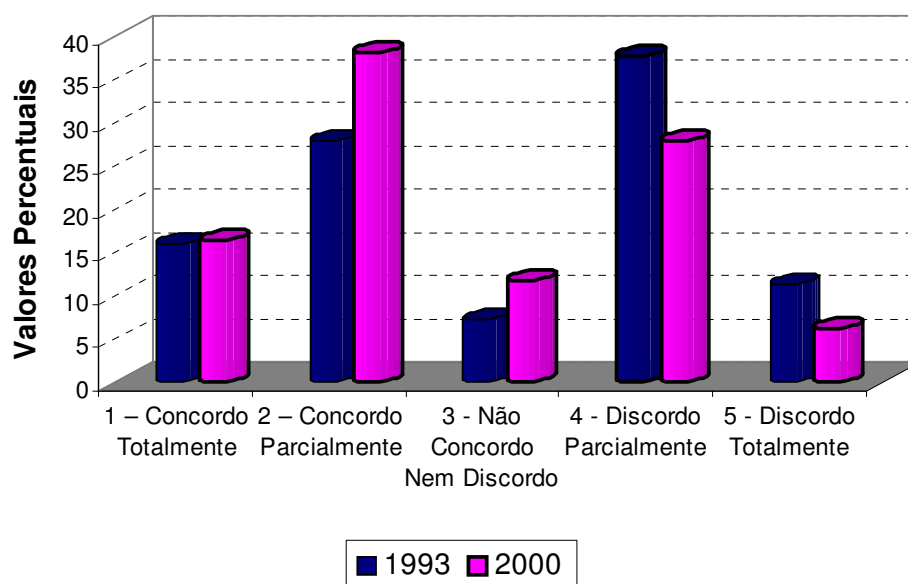
A moda passou de “discordo parcialmente” para “concordo parcialmente”. A diferença verificada não é significativa (p= 0,06).

**Quadro 15 - A legislação define bem o papel e as funções do médico do trabalho**

	1993		2000	
	n	%	n	%
1 - Concordo Totalmente	24	15,9	24	16,3
2 - Concordo Parcialmente	42	27,8	56	<b>38,1</b>
3 - Não Concordo Nem Discordo	11	7,3	17	11,6
4 - Discordo Parcialmente	57	<b>37,7</b>	41	27,9
5 - Discordo Totalmente	17	11,3	9	6,1
TOTAL	151	100,0	147	100,0

p= 0,06 (teste Wilcoxon) (n.s.)

**Figura 9**  
**A legislação define bem o papel e as funções do médico do trabalho**



### 6.1.6. Necessidade de médicos do trabalho

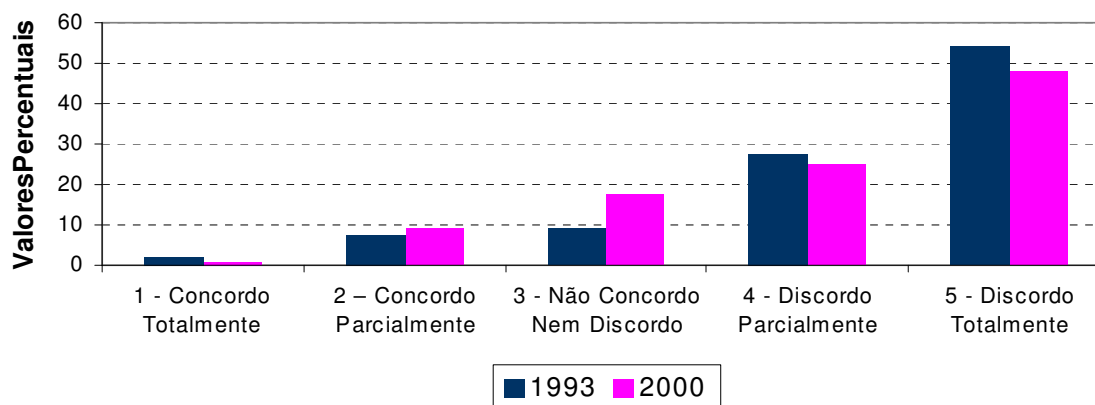
Foi clara a discordância, parcial e total, quanto à afirmação da suficiência de médicos de trabalho, manifestada pelos respondentes em ambos os inquéritos (**Quadro 16; Figura 10**). A diferença para um menor valor no nível de discordância, no período em análise, não se traduziu no aumento da concordância. A diferença não é significativa ( $p=0,06$ ).

**Quadro 16 - O número de médicos do trabalho é suficiente para as necessidades do País**

	1993		2000	
	n	%	n	%
1 - Concordo Totalmente	3	2,0	1	0,7
2 - Concordo Parcialmente	11	7,3	13	9,0
3 - Não Concordo Nem Discordo	14	9,3	25	17,4
4 - Discordo Parcialmente	41	27,4	36	25,0
5 - Discordo Totalmente	81	54,0	69	47,9
TOTAL	150	100	144	100

$p=0,06$  (teste Wilcoxon) (n.s.)

**Figura 10**  
**O número de médicos do trabalho é suficiente para as necessidades do País**



### 6.1.7. Garantias de exercício profissional dos médicos do trabalho

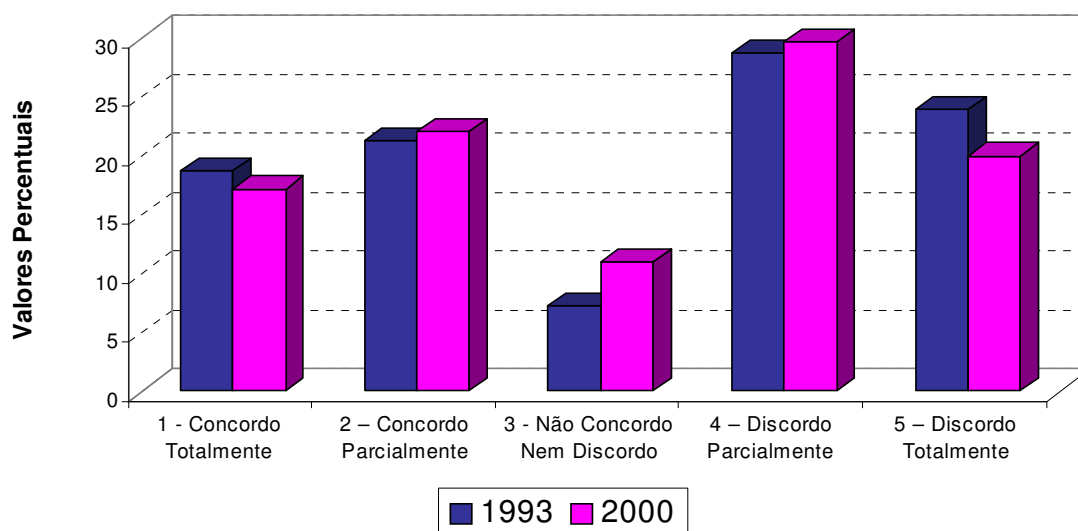
As opiniões dividiram-se quanto à afirmação de que as garantias do exercício profissional dos médicos de trabalho estão contempladas na legislação. A discordância total e parcial rondou os 50% em ambos os inquéritos (**Quadro 17; Figura 11**).

**Quadro 17 - As garantias de exercício profissional dos médicos do trabalho estão contempladas na legislação**

	1993		2000	
	n	%	n	%
1 - Concordo Totalmente	28	18,7	25	17,2
2 - Concordo Parcialmente	32	21,3	32	22,1
3 - Não Concordo Nem Discordo	11	7,3	16	11,0
4 - Discordo Parcialmente	43	28,7	43	29,7
5 - Discordo Totalmente	36	24,0	29	20,0
TOTAL	150	100	145	100

p= 0,64 (teste Wilcoxon) (n.s.)

**Figura 11**  
**As garantias de exercício profissional dos médicos do trabalho estão contempladas na legislação**





### 6.1.8. Estatuto profissional do médico do trabalho

A maioria dos respondentes discordou, parcial ou totalmente, da afirmação de que o estatuto profissional dos médicos do trabalho é muito elevado (**Quadro 18; Figura 12**).

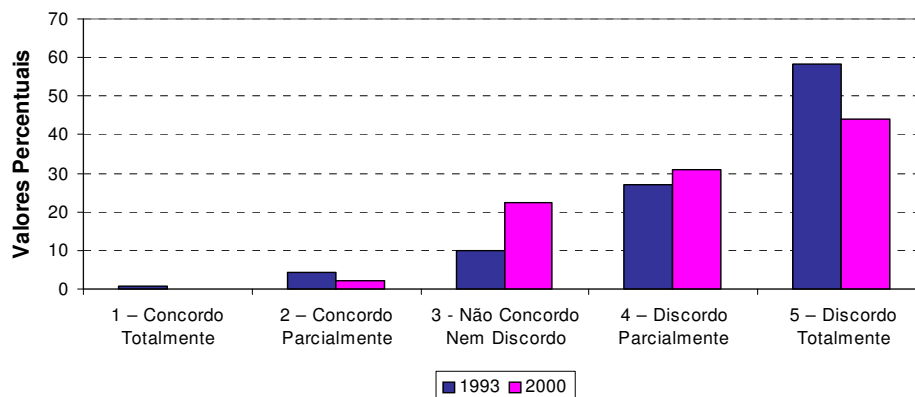
O nível de discordância global baixou de 1993 para 2000 cerca de 10 pontos percentuais à custa da diminuição da “discordância total” e da ligeira progressão da “discordância parcial”. A posição neutra “não concordo nem discordo” evoluiu de 10,1% para 22,5%. No entanto, a menor discordância no segundo inquérito não se traduziu em maior concordância. A diferença verificada não é estatisticamente significativa.

**Quadro 18 - O estatuto profissional do médico de trabalho é muito elevado**

	1993		2000	
	n	%	n	%
1 - Concordo Totalmente	1	0,7	0	0,0
2 - Concordo Parcialmente	6	4,1	3	2,1
3 - Não Concordo Nem Discordo	15	10,1	32	22,5
4 - Discordo Parcialmente	40	27,0	44	31,0
5 - Discordo Totalmente	86	58,1	63	44,4
TOTAL	148	100	142	100

p= 0,08 (teste Wilcoxon) (n.s.)

**Figura 12**  
**O estatuto profissional do médico de trabalho é muito elevado**



### 6.1.9. Contributo dos higienistas do trabalho, técnicos de segurança e enfermeiros do trabalho.

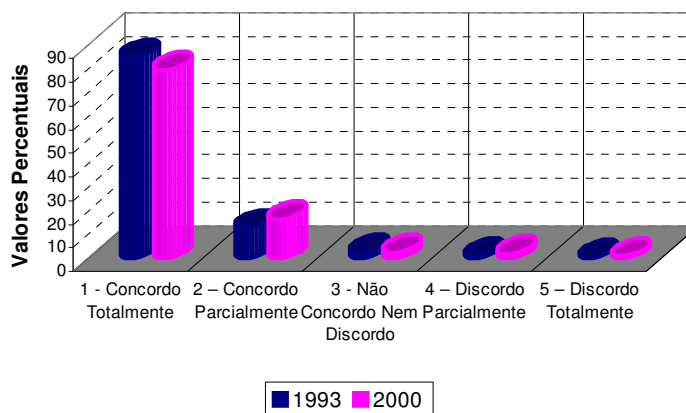
A generalidade dos respondentes manifestou a opinião de concordância, em 1993 e em 2000, com a afirmação de que o contributo dos higienistas do trabalho, técnicos de segurança e enfermeiros do trabalho é fundamental para o serviço de MT/SHST/SO (Quadro 19; Figura 13). As diferenças verificadas não têm significado estatístico.

**Quadro 19 - O contributo dos higienistas do trabalho, técnicos de segurança e enfermeiros do trabalho é fundamental para o Serviço de MT/SHST/SO**

	1993		2000	
	n	%	n	%
1 - Concordo Totalmente	128	84,7	116	79,4
2 - Concordo Parcialmente	19	12,6	24	16,4
3 - Não Concordo Nem Discordo	3	2,0	3	2,1
4 - Discordo Parcialmente	1	0,7	2	1,4
5 - Discordo Totalmente	0	0,0	1	0,7
TOTAL	151	100	146	100

p= 0,137 (teste Wilcoxon) (n.s.)

**Figura 13**  
O contributo dos higienistas do trabalho, técnicos de segurança e enfermeiros do trabalho é fundamental para o Serviço de MT/SHST/SO



#### 6.1.10. A actividade dos médicos do trabalho e os interesses das empresas e dos empregadores

Em 1993, a generalidade dos médicos respondentes, 98%, concordou totalmente ou parcialmente com a afirmação de que a actividade dos médicos do trabalho corresponde aos interesses das empresas e dos empregadores.

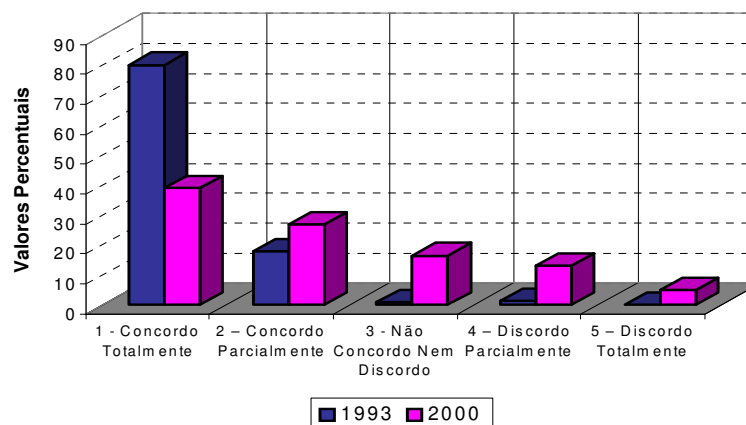
No inquérito de 2000, o nível de concordância baixou significativamente, mantendo-se, no entanto, maioritária a opinião de que a actividade dos médicos de trabalho vai ao encontro dos interesses das empresas e dos empregadores (**Quadro 20; Figura 14**).

**Quadro 20 - A actividade dos médicos do trabalho vai ao encontro dos interesses das empresas e dos empregadores**

	1993		2000	
	n	%	n	%
1 - Concordo Totalmente	121	80,1	57	39,1
2 - Concordo Parcialmente	27	17,9	39	26,7
3 - Não Concordo Nem Discordo	1	0,7	24	16,4
4 - Discordo Parcialmente	2	1,3	19	13,0
5 - Discordo Totalmente	0	0,0	7	4,8
TOTAL	151	100	146	100

$p < 0,001$  (teste Wilcoxon) (s.)

**Figura 14**  
**A actividade dos médicos do trabalho e os interesses das empresas e dos empregadores**



## 6.2. Desenvolvimento da MT/SHST/SO

### 6.2.1. Definição de uma política nacional de saúde nos locais de trabalho

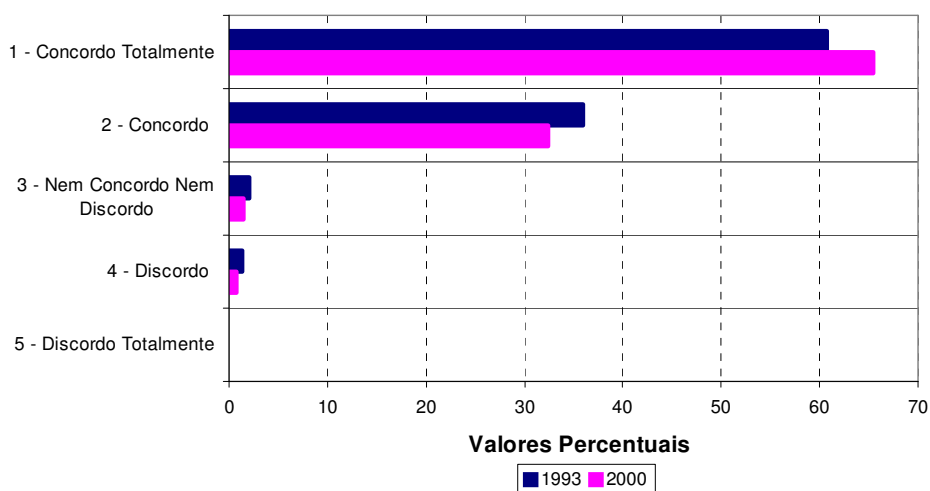
Em ambos os inquéritos a quase totalidade dos respondentes concordou com a atribuição de máxima prioridade à definição de uma política nacional de saúde nos locais de trabalho (**Quadro 21; Figura 15**). Não se verificou mudança significativa de opinião entre os dois anos em análise.

**Quadro 21 - A definição de uma política nacional de saúde nos locais de trabalho deve merecer a máxima prioridade**

	1993		2000	
	n	%	n	%
1 - Concordo Totalmente	91	60,7	93	65,5
2 - Concordo	54	36,0	46	32,4
3 - Nem Concordo Nem Discordo	3	2,0	2	1,4
4 - Discordo	2	1,3	1	0,7
5 - Discordo Totalmente	0	0,0	0	0,0
TOTAL	150	100	142	100

p= 0,351 (teste Wilcoxon) (n.s.)

**Figura 15**  
**A definição de uma política nacional de saúde nos locais de trabalho deve merecer a máxima prioridade**



### 6.2.2. A integração de Portugal na Comunidade Europeia e a influência na política nacional de MT/SHST/SO

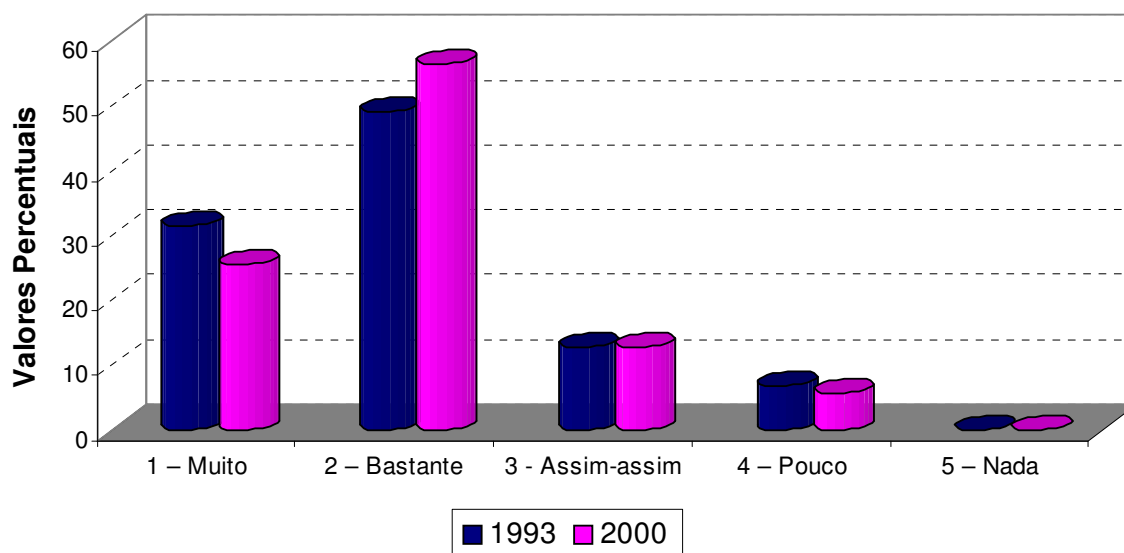
A integração na Comunidade Europeia foi considerada como uma forte influência na definição da política nacional de MT/SHST/SO, em ambos os períodos em análise (**Quadro 22; Figura 16**). A ligeira alteração das respostas verificada não se traduz em diferenças estatisticamente significativas.

**Quadro 22 - A integração de Portugal na Comunidade Europeia poderá influenciar a política nacional de MT/SHST/SO**

	1993		2000	
	n	%	n	%
1 – Muito	47	31,5	36	25,4
2 - Bastante	73	49,0	80	56,3
3 – Assim-assim	19	12,8	18	12,7
4 - Pouco	10	6,7	8	5,6
5 - Nada	0	0,0	0	0,0
TOTAL	149	100	142	100

p= 0,758 (teste Wilcoxon) (n.s.)

**Figura 16**  
**A integração de Portugal na Comunidade Europeia poderá influenciar a política nacional de MT/SHST/SO**



### 6.2.3. A influência de organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde e a Organização Internacional do Trabalho na evolução da MT/SHST/SO em Portugal

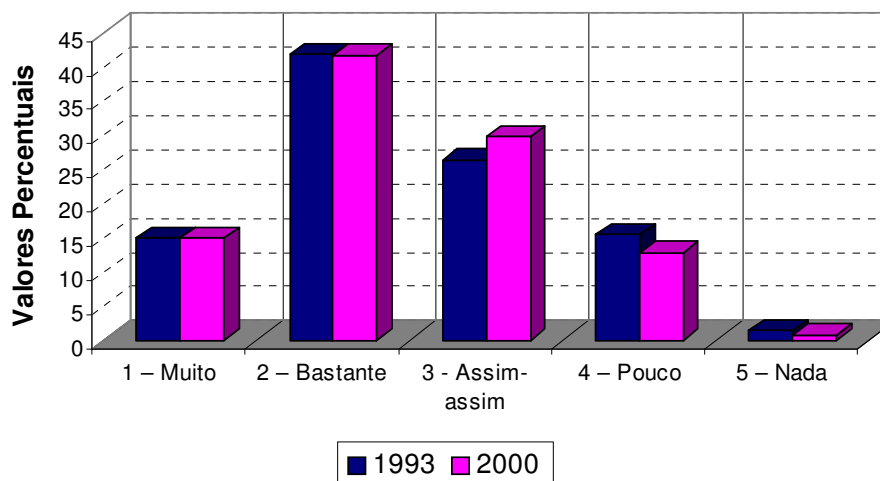
A influência de organismos internacionais, como a OMS e a OIT, na evolução da MT/SHST/SO portuguesa foi bastante valorizada em ambos os inquéritos, a exemplo do sucedido com a União Europeia, e com valores praticamente sobreponíveis nos dois anos do estudo (**Quadro 23; Figura 17**).

**Quadro 23 - Os Organismos Internacionais como a OMS e a OIT influenciam a evolução da MT/SHST/SO**

	1993		2000	
	n	%	n	%
1 – Muito	22	14,9	21	14,9
2 – Bastante	62	41,9	59	41,8
3 - Assim-assim	39	26,3	42	29,8
4 – Pouco	23	15,5	18	12,8
5 – Nada	2	1,4	1	0,7
TOTAL	148	100	141	100

p= 0,574 (teste Wilcoxon) (n.s.)

**Figura 17**  
**Os Organismos Internacionais como a OMS e a OIT influenciam a evolução da MT/SHST/SO**



#### **6.2.4. Prioridade relativa de algumas medidas na definição e implementação de uma política nacional de MT/SHST/SO**

A hierarquização das medidas necessárias à definição e implementação de uma política nacional de MT/SHST/SO, tendo em conta os valores da média e mediana das prioridades atribuídas, permite verificar que não existem alterações relevantes nas respostas nos dois inquéritos. (**Quadro 24**).

**Quadro 24 - Prioridades na definição e implementação de uma política nacional de MT/SHST/SO**

Acção	1993			2000			p Wilcoxon
	Média	Mediana	N.º Ordem	Média	Mediana	N.º Ordem	
Formar profissionais de MT/SHST/SO necessários	3,17	3	1º	3,36	3	1º	0,42
Rever a Organização de HST	3,92	4	2º	3,97	4	2º	0,44
Promover o ensino, a todos os níveis, de SO	4,34	4	3º	4,36	4	3º	0,89
Reorganizar os Serviços de MT/SO	4,49	4	4º	5,03	5	4º	0,09
Rever o estatuto e a carreira dos médicos do trabalho	4,99	5	5º	5,27	5	6º	0,27
Reorganizar os Serviços Estatais de SO	5,04	5	6º	5,06	5	5º	0,96
Criar laboratórios regionais de higiene do trabalho	6,17	6	7º	6,34	7	8º	0,49
Implementar acções de promoção para a saúde nos locais de trabalho	6,38	7	8º	5,86	6	7º	0,07
Apoiar a investigação em SO	6,51	7	9º	6,42	7	9º	0,43

A primeira prioridade foi atribuída à formação dos profissionais de MT/SHST/SO e a segunda à revisão da organização da higiene e segurança do trabalho.

O apoio à investigação em SO ocupa a última prioridade enquanto a promoção da saúde nos locais de trabalho foi colocada em penúltimo lugar. Em 2000, a promoção da saúde progrediu um lugar na escala de prioridades, por troca com a criação de laboratórios regionais de higiene do trabalho. No entanto esta diferença não tem significado estatístico.

As restantes diferenças não apresentam, também, significado estatístico.

#### **6.2.5. Modelo de organização de serviços que poderá cobrir maior percentagem da população activa empregada**

A modalidade de organização de serviços “sistema de serviços privativos e comuns da empresa mais serviços estatais baseados nos cuidados de saúde primários (centros de saúde)” continuou a ser, em 2000, a que, segundo os respondentes, garantiria maior cobertura da população activa empregada. No entanto, verificou-se que o número de respostas e a percentagem deste item desceu no período em estudo. Esta diferença é estatisticamente significativa (**Quadro 25; Figura 18**).

Em contraponto, a modalidade de “sistema de serviços privativos e comuns de empresas, mais a de empresas privadas prestadoras de serviços de MT/SHST/SO” teve uma variação positiva superior a 15% entre os dois anos do estudo. A diferença verificada é altamente significativa.

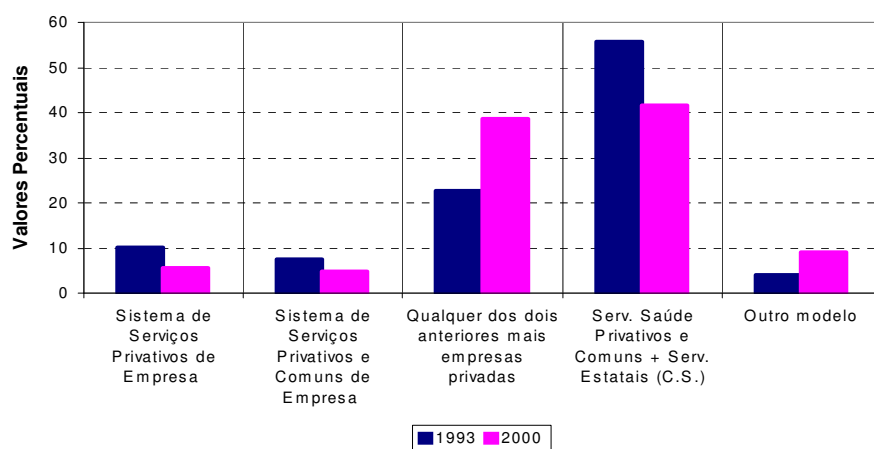
As restantes opções de organização de serviços não foram consideradas, de forma relevante, como modalidades com possibilidade de garantir uma cobertura alargada da população activa empregada.



**Quadro 25 - Modelo de organização de serviços que poderá cobrir maior percentagem da população activa empregada**

	1993		2000		p McNemar
	n	%	n	%	
Sistema de Serviços Privativos de Empresa alargado a todos os sectores de actividade	15	10,1	8	5,6	0,267
Sistema de Serviços Privativos e Comuns de Empresa alargado a todos os sectores de actividade	11	7,4	7	4,9	0,454
Qualquer dos dois anteriores mais empresas privadas prestadoras de serviços a todo o tipo de actividade	34	22,8	55	38,7	< 0,001 (s.)
Sistema de Serviços Privativos e Comuns de Empresa mais serviços estatais baseados nos cuidados de saúde primários (Centro de Saúde)	83	55,7	59	41,6	0,04 (s.)
Outro modelo	6	4,0	13	9,2	
TOTAL	149	100	142	100	

**Figura 18**  
**Modelo de organização de serviços que poderá cobrir maior percentagem da população activa empregada**



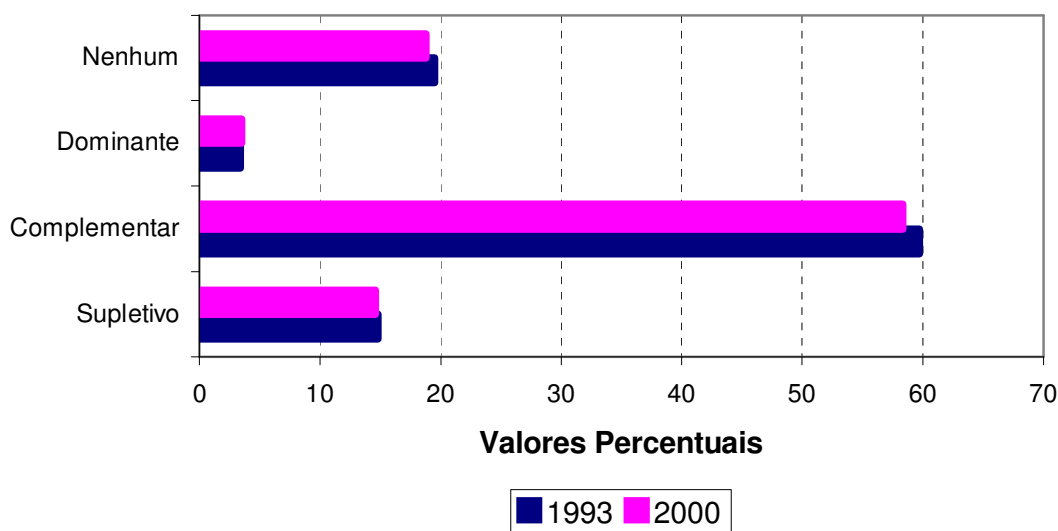
### 6.2.6. Papel atribuído aos serviços de MT/SHST/SO nos Centros de Saúde

Nesta questão não se verificaram alterações do sentido de resposta entre os dois inquéritos. A maioria dos respondentes atribuiu aos serviços de MT/SHST/SO dos Centros de Saúde um papel complementar no sistema de cuidados de saúde ocupacional. De destacar que cerca de um quinto dos respondentes não atribui aos Centros de Saúde qualquer papel em SO (**Quadro 26; Figura 19**).

**Quadro 26 - Papel atribuído aos Serviços MT/SHST/SO nos Centros de Saúde**

	1993		2000		P McNemar
	n	%	n	%	
Supletivo	22	15,2	21	15,3	0,99
Complementar	89	61,4	84	61,3	0,99
Dominante	5	3,4	5	3,7	0,99
Nenhum	29	20,0	27	19,7	0,85
TOTAL	145	100	137	100	

**Figura 19**  
**Papel atribuído aos Serviços MT/SHST/SO nos Centros de Saúde**



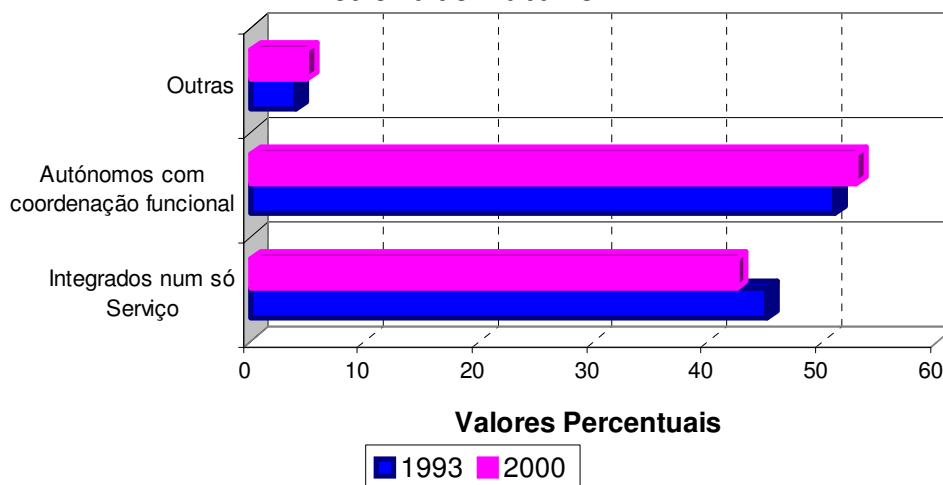
### 6.2.7. Relação entre os Serviços de Segurança e Higiene e a Medicina do Trabalho

Na estruturação interna dos serviços de MT/SHST/SO não foi manifestada, em ambos os inquéritos, preferência dominante por uma ou por outra formulação, serviço único ou separação nas duas vertentes básicas de medicina do trabalho, por um lado, e higiene e segurança do trabalho, por outro (**Quadro 27; Figura 20**). A tendência para uma diminuição da modalidade de serviços integrados de SHST e o aumento dos serviços autónomos com coordenação funcional, entre inquéritos, foi pequena e não tem significado estatístico.

**Quadro 27 - Relação entre os Serviços de Segurança e Higiene e a Medicina do Trabalho**

	1993		2000		P McNemar
	n	%	n	%	
Integrados num só Serviço	67	45,0	61	42,3	0,5
Autónomos com coordenação funcional	76	51,0	76	52,8	0,7
Outras	6	4,0	7	4,9	-
TOTAL	149	100	144	100	

**Figura 20**  
**Relação entre os Serviços de Segurança e Higiene e a Medicina do Trabalho**



### 6.2.8. Programa e Relatórios de Actividade MT/SHST/SO e a sua apreciação por outros órgãos da empresa

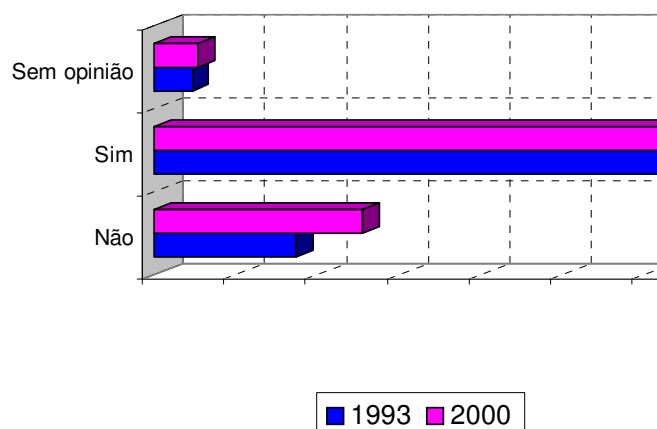
A maioria das respostas referiu que os Programas e os Relatórios de actividades dos serviços de MT/SHST/SO são sujeitos à apreciação de outras estruturas da empresa, no entanto, em número e em percentagem, verificou-se uma clara diminuição de 1993 para 2000, o que é estatisticamente significativo (**Quadro 28; Figura 21**).

Maioritariamente mais do que uma entidade foi chamada a participar na apreciação dos documentos de gestão do serviço de MT/SHST/SO, com uma evolução para uma maior individualização dos Empregadores ou Responsáveis das empresa e da Comissão de Higiene e Segurança (**Quadro 29, Figura 22**). Estas diferenças têm significado estatístico com excepção da maior intervenção da Comissão de Higiene e Segurança.

**Quadro 28 - Apreciação do Programa e Relatórios de Actividade MT/SHST/SO por outros órgãos da empresa**

	1993		2000		p McNemar
	n	%	n	%	
Não	26	17,4	37	25,5	0,04 (s.)
Sim	116	77,9	100	69,0	0,04 (s.)
Sem opinião	7	4,7	8	5,5	-
TOTAL	149	100	145	100	

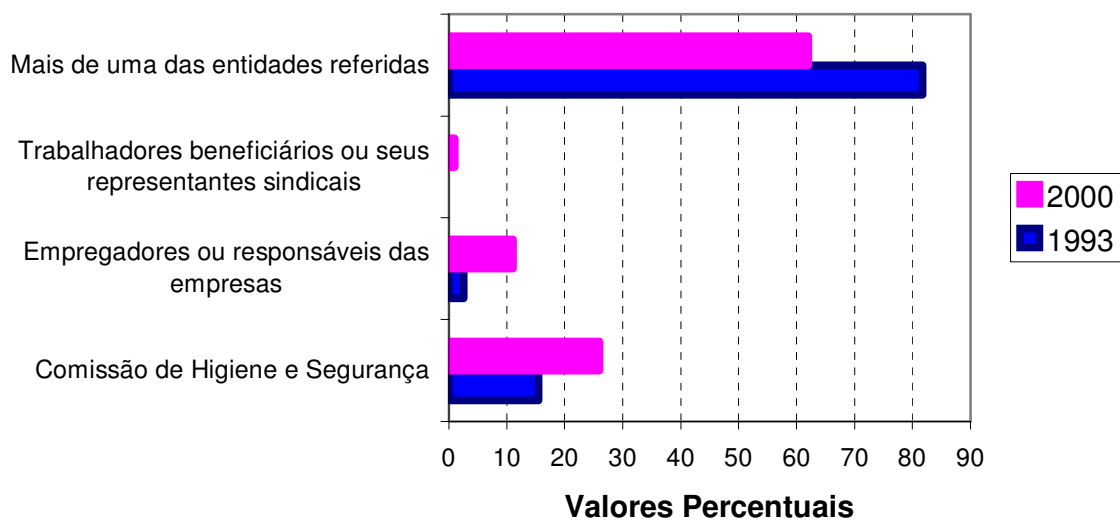
**Figura 21**  
**Apreciação do Programa e Relatórios de Actividade MT/SHST/SO por outros órgãos da empresa**



**Quadro 29 – Órgãos da empresa que devem apreciar o programa e relatório de actividades**

	1993		2000		p McNemar
	n	%	n	%	
Comissão de Higiene e Segurança	18	15,5	26	26,0	0,12
Empregadores ou responsáveis das empresas	3	2,6	11	11,0	0,016 (s.)
Trabalhadores beneficiários ou seus representantes sindicais	0	0	1	1,0	
Mais de uma das entidades referidas	95	81,9	62	62,0	0,007 (s.)
<b>TOTAL</b>	<b>116</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	

**Figura 22**  
**Órgãos da empresa que devem apreciar o programa e relatório de actividades**



### **6.2.9. Responsabilidade no financiamento dos Serviços de MT/SHST/SO**

No que se refere ao financiamento das actividades de saúde ocupacional verificaram-se mudanças de opinião que vão no sentido de uma maior responsabilização individual das entidades patronais em detrimento do financiamento por mais de uma entidade como a Segurança Social, o Sistema Nacional de Saúde e as Empresas Seguradoras (**Quadro 30**). Estas diferenças são estatisticamente significativas.

**Quadro 30 - Responsabilidade no financiamento dos Serviços de MT/SHST/SO**

	1993		2000		P McNemar
	n	%	n	%	
Entidades Patronais	48	33,1	67	45,9	0,01 (s.)
Segurança Social	0	0	0	0	-
Seguradora	0	0	3	2,1	-
Sistema Nacional de Saúde	5	3,5	6	4,1	-
Mais do que uma entidade	92	63,4	70	47,9	0,003 (s.)
TOTAL	145	100	146	100	

### **6.2.10. Necessidades de Formação dos Profissionais de MT/SHST/SO**

A hierarquização das prioridades de formação dos profissionais da equipa de SO mostra idênticos valores nos dois inquéritos sendo o primeiro e segundo lugares ocupados pelos psicólogos e enfermeiros do trabalho respectivamente (**Quadro 31**). A formação dos médicos do trabalho foi a penúltima prioridade e a dos técnicos de higiene e segurança a última. Não existem diferenças estatisticamente significativas.

**Quadro 31 – Ordem de prioridade de Formação dos Profissionais de MT/SHST/SO**

	1993				2000				p Wilcoxon
	Média	Mediana	Moda	Nº. Ordem	Média	Mediana	Moda	Nº. Ordem	
Psicólogos do Trabalho	2,69	2,00	1	1º	2,78	2,00	1	1º	0,795
Enfermeiros Trabalho	2,40	2,00	2	2º	2,62	2,00	2	2º	0,151
Ergonomistas	2,97	3,00	3	3º	3,08	3,00	1(a)	3º	0,519
Engenheiros de Higiene e Segurança	3,47	3,00	3	4º	3,30	3,00	3	4º	0,223
Médicos do Trabalho	4,60	5,00	5	5º	4,44	4,00	5	5º	0,455
Técnicos de Higiene e Segurança	5,02	5,00	6	6º	4,99	5,00	6	6º	0,868

Nota: (a) - moda múltipla, é mostrado o valor mais baixo

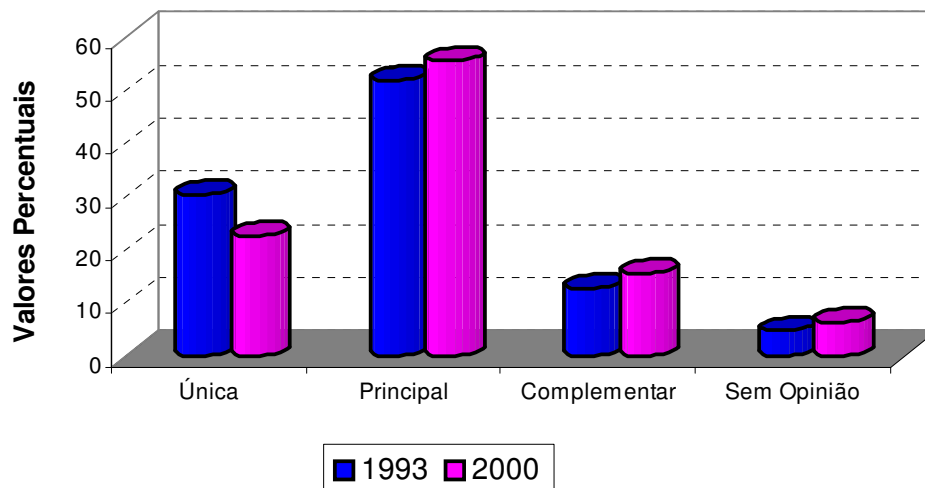
#### 6.2.11. Tipo de exercício preferencial da actividade de Medicina do Trabalho

O regime de “actividade principal” foi o tipo de exercício preferencial da actividade de medicina do trabalho indicado maioritariamente pelos inquiridos. Apesar de, no ano de 2000, se ter verificado uma evolução positiva desta opção, a diferença não tem significado estatístico (**Quadro 32; Figura 23**).

**Quadro 32 - Tipo de exercício preferencial da actividade de Medicina do Trabalho**

	1993		2000		p McNemar
	n	%	n	%	
Única	45	30,4	32	22,5	0,127
Principal	77	52,0	79	55,6	0,532
Complementar	19	12,9	22	15,5	0,678
Sem Opinião	7	4,7	9	6,4	0,774
Total	148	100	142	100	0,774

**Figura 23**  
**Tipo de exercício preferencial da actividade de Medicina do Trabalho**



As preferências seguintes foram para a “actividade única”, com redução percentual, entre os dois tempos do estudo, de cerca de 8%, seguida da “actividade complementar”, que progride ligeiramente. As diferenças não são estatisticamente significativas.

### **6.3. Prática profissional e nível da actividade em Medicina do Trabalho**

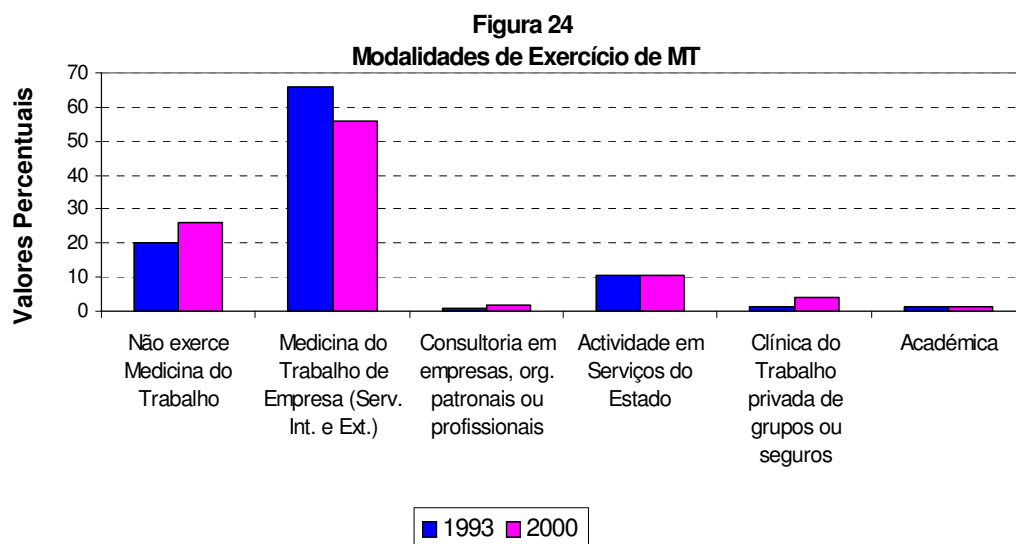
#### **6.3.1 Tipo de actividade profissional**

O exercício da medicina do trabalho na modalidade de “medicina do trabalho de empresa” (serviços internos e externos) sofreu uma importante quebra entre 1993 e 2000, menos 10% (**Quadro 33; Figura 24**). Esta diferença tem significado estatístico. Simultaneamente verificou-se um acréscimo do número de médicos do trabalho que não exercem profissionalmente, mais 6% , atingindo um valor superior a um quarto dos profissionais do estudo (26,3%). Esta diferença não tem, no entanto, significado estatístico.



**Quadro 33 – Modalidades de Exercício de MT**

	1993		2000		p
	n	%	n	%	McNemar
Não exerce Medicina do Trabalho	31	20,3	40	26,3	0,078
Medicina do Trabalho de Empresa (Serv. Int. e Ext.)	101	66,0	85	55,9	0,015 (s.)
Consultoria em empresas, org. patronais ou profissionais	1	0,7	3	2,0	0,625
Actividade em Serviços do Estado	16	10,4	16	10,5	1
Clínica do Trabalho privada de grupos ou seguros	2	1,3	6	4,0	0,219
Académica	2	1,3	2	1,3	1
TOTAL	153	100	152	100	



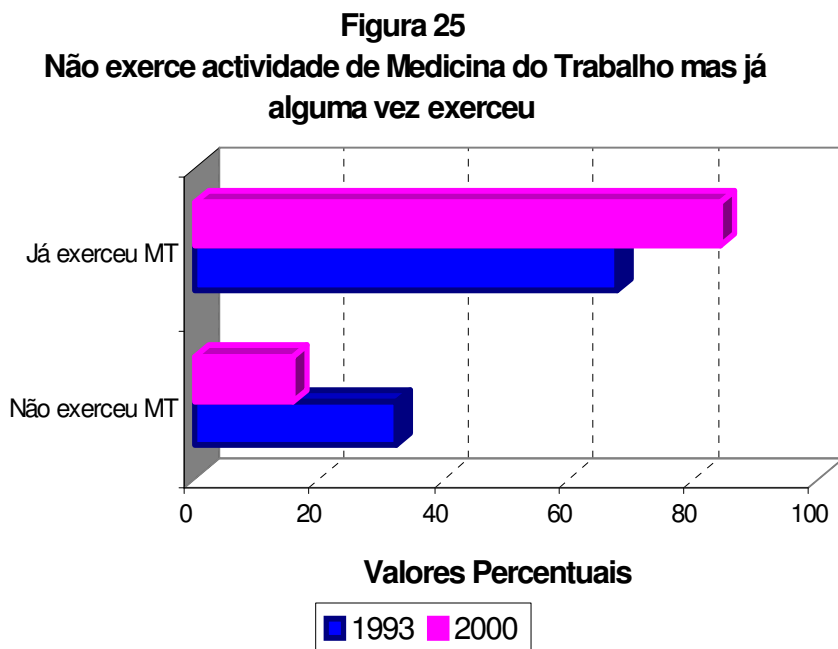
### 6.3.2. Situação dos diplomados que não exercem Medicina do Trabalho

O número de médicos respondentes que não exercem medicina do trabalho cresceu entre inquéritos, no entanto, a grande maioria afirmou já o terem feito anteriormente. Em 2000, somente 15,8% dos médicos diplomados em medicina do trabalho não activos respondeu nunca ter exercido (**Quadro 34**). As diferenças verificadas não são estatisticamente significativas.

**Quadro 34 – Exercício anterior de Medicina do Trabalho**

	1993		2000	
	n	%	n	%
Não exerceu MT	10	32,3	6	15,8
Já exerceu MT	21	67,7	32	84,2
TOTAL	31	100	38	100

p = 0,5 (teste McNemar) (n.s.)

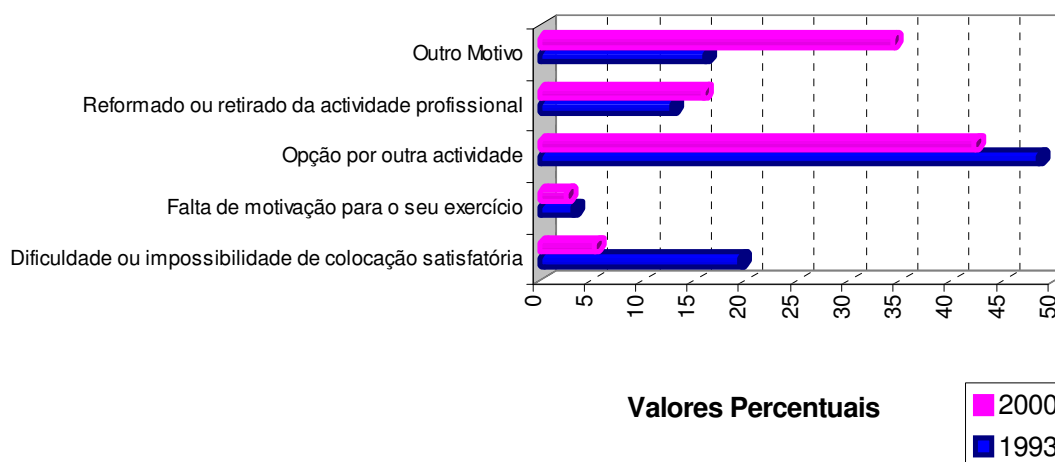


Quanto aos motivos evocados para o não exercício da medicina do trabalho a razão principal referida foi a “opção por outra actividade”, seguida de “outros motivos” que duplica o valor percentual entre inquiridos (**Quadro 35; Figura 26**). O quesito “reformado ou retirado da actividade profissional” foi referido em terceiro lugar, como motivo para o não exercício profissional da medicina do trabalho, com valores em crescendo entre 1993 e 2000. No período em análise baixa a referência à dificuldade ou impossibilidade de colocação satisfatória. As diferenças verificadas não são estatisticamente significativas.

**Quadro 35 - Razão pela qual não exerce actualmente a Medicina do Trabalho**

	1993		2000		p
	n	%	n	%	McNemar
Dificuldade ou impossibilidade de colocação satisfatória	6	19,4	2	5,3	0,625
Falta de motivação para o seu exercício	1	3,2	1	2,6	
Opção por outra actividade	15	48,4	16	42,1	0,727
Reformado ou retirado da actividade profissional	4	12,9	6	15,8	1
Outro Motivo	5	16,1	13	34,2	0,453
TOTAL	31	100	38	100	

**Figura 26**  
**Razão pela qual não exerce actualmente a Medicina do Trabalho**



### 6.3.3. Tempo de exercício semanal em Medicina do Trabalho

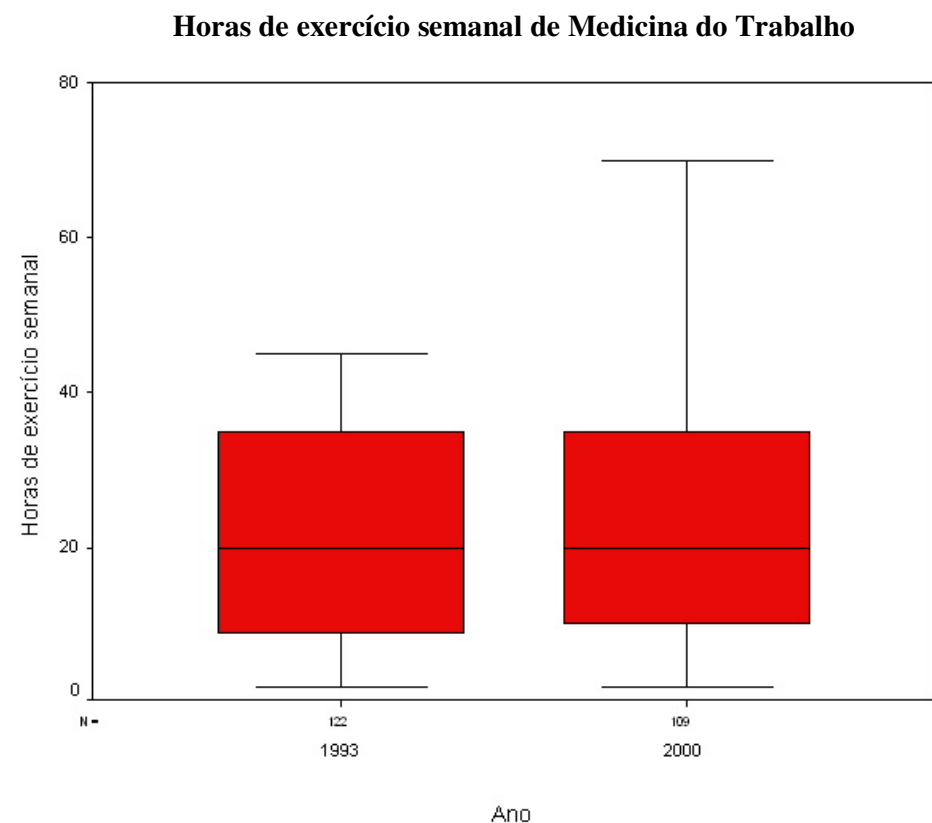
Em 1993, a distribuição dos tempos semanais de exercício da medicina do trabalho teve os seguintes valores centrais: média 20,9 horas, mediana e moda 20 horas (**Quadro 36; Figura 27**).

**Quadro 36 - Horas de exercício semanal de Medicina do Trabalho**

	1993	2000
Média	20,9	22,3
mediana	20	20
Moda	20	20
Desvio Padrão	12,9	14,5
Mínimo	2	2
Máximo	45	70
Percentil 25	9,0	10,0
75	35,0	35,0

p= 0,572 (teste t) (n.s.)

**Figura 27**



Em 1993, os valores variaram de um mínimo de 2 horas a um máximo de 45 horas de trabalho semanal e o desvio padrão é de 12,9. No ano 2000, a média foi ligeiramente superior, (22,3 h/semana) e a moda e mediana apresentaram idênticos valores (20 h/semana). Os valores extremos foram de 2 e 70 horas e o desvio padrão apresentou o valor de 14,5.

As diferenças verificadas não são estatisticamente significativas.

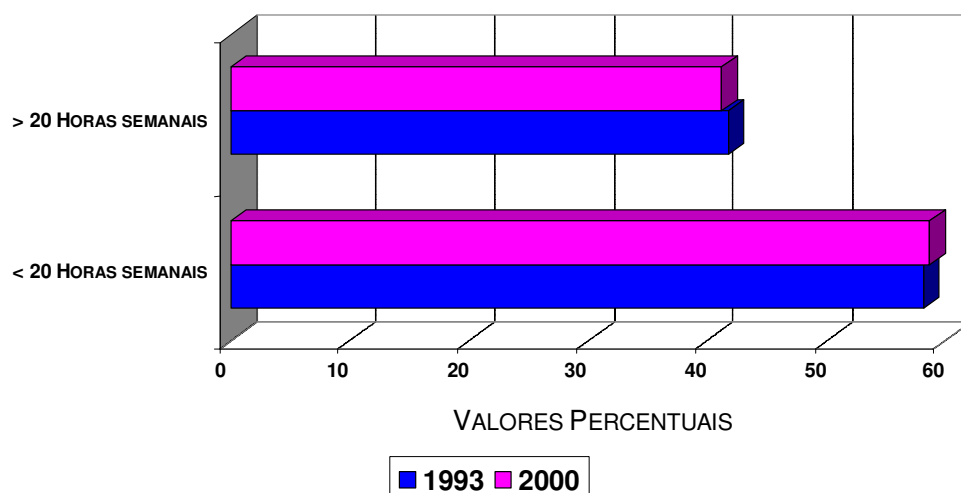
A maioria dos médicos que exercem a medicina do trabalho fazem-no em tempo parcial, de 20 ou menos horas semanais (**Quadro 37; Figura 28**). Este padrão de tempo de exercício semanal da medicina do trabalho não sofreu alteração significativa entre 1993 e 2000.

**Quadro 37 – Padrão de Distribuição do Horário de Exercício semanal de Medicina do trabalho**

	1993		2000	
	n	%	n	%
≤ 20 Horas semanais	71	58,2	64	58,7
> 20 Horas semanais	51	41,8	45	41,3
TOTAL	122	100	109	100

p= 0,503 (teste McNemar) (n.s.)

**Figura 28**  
**Padrão de Distribuição do Horário de Exercício SEMANAL DE**  
**Medicina do Trabalho**



#### 6.3.4. Diferenciação e actualização profissional

##### 6.3.4.1. Inscrição no Colégio de Especialidade de Medicina do Trabalho

O número de médicos do trabalho em actividade, inscritos no Colégio da Especialidade de Medicina do Trabalho da Ordem dos Médicos passou de 18,9% em 1993, para 64,3% em 2000, correspondendo, seguramente, à admissão extraordinária de novos especialistas por consenso, entretanto verificada (**Quadro 38**). A diferença é estatisticamente muito significativa.

**Quadro 38 - Inscrição no Colégio da Especialidade de Medicina do Trabalho**

	1993		2000	
	n	%	n	%
Não	99	81,1	40	35,7
Sim	23	18,9	72	64,3
Total	122	100	112	100

p < 0,001 (teste McNemar) (s.)

#### 6.3.4.2. Outra frequência ou especialização médica

O quadro 39 ilustra a realidade dos médicos do trabalho em exercício possuírem também outra especialidade médica. A situação não apresenta diferenças com significado estatístico entre inquéritos.

**Quadro 39 - Possui ou frequenta outra especialidade médica**

	1993		2000	
	n	%	n	%
Não	41	34,2	35	31,2
Sim	79	65,8	77	68,8
TOTAL	120	100	112	100

p = 0,424 (teste McNemar) (n.s.)

#### 6.3.4.3 Participação em acções de formação e actualização

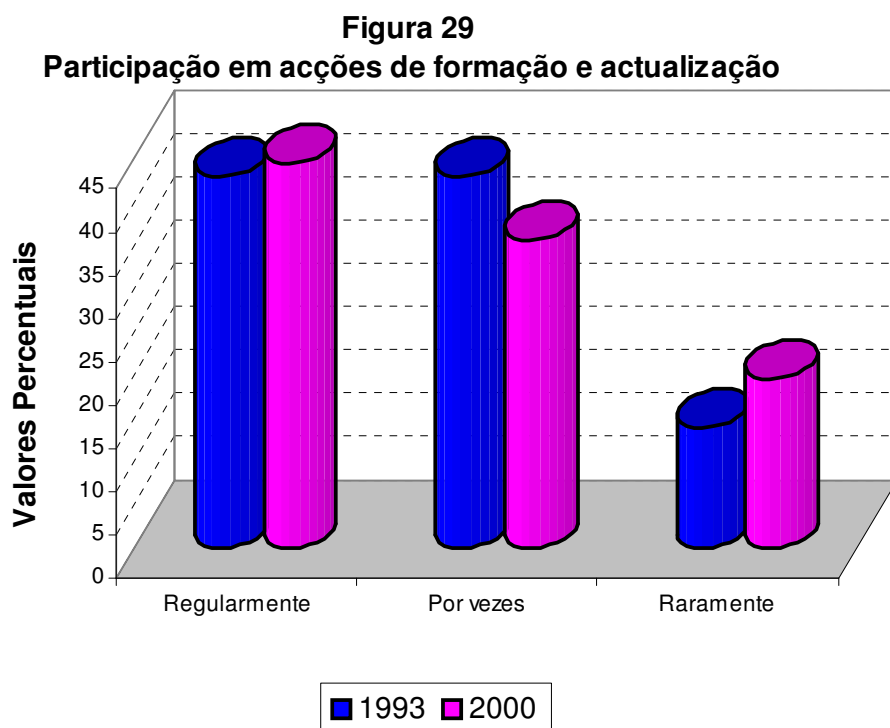
O nível de participação dos médicos do trabalho em exercício em acções de formação e actualização tem sido significativo (**Quadro 40; Figura 29**). Verificou-se, no entanto, uma diminuição das respostas de participação “por vezes”, o que correspondeu, em parte, à subida das respostas de participação “raramente”.

Estas diferenças não são estatisticamente significativas.

**Quadro 40 - Participação em acções de formação e actualização**

	1993		2000	
	n	%	n	%
Regularmente	52	43,0	50	44,7
Por vezes	52	43,0	40	35,7
Raramente	17	14,0	22	19,6
TOTAL	121	100	112	100

p = 0,315 (teste Wilcoxon) (n.s.)



#### 6.3.4.4. Importância da formação recebida no curso de medicina do trabalho para o desempenho profissional

O quadro 41 mostra a elevada importância atribuída à formação recebida no curso de medicina do trabalho que progrediu de 1993 para 2000. No entanto, a diferença não atinge a probabilidade de significância estatística estabelecida.

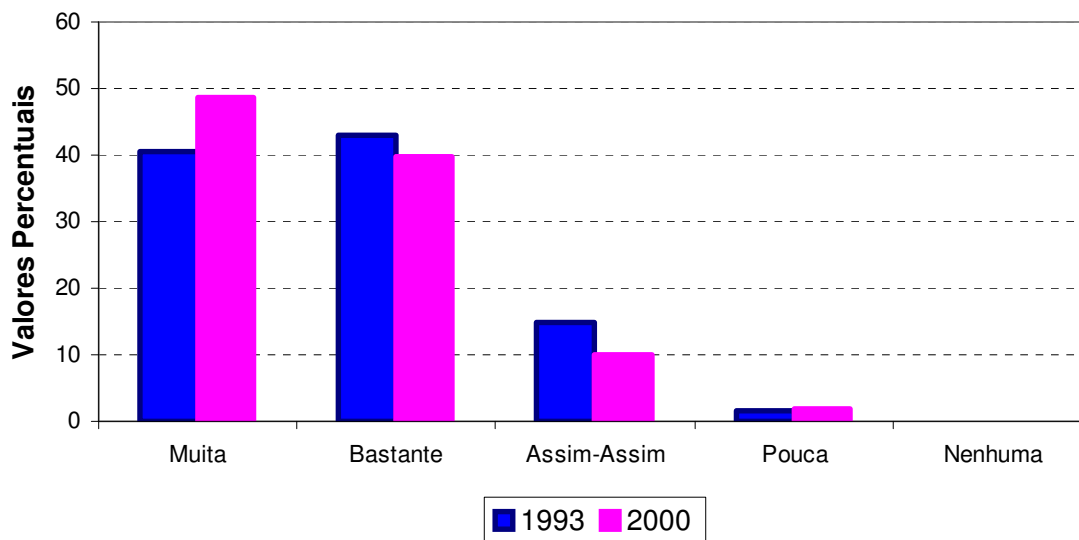
**Quadro 41 - Importância da formação recebida no curso de medicina do trabalho**

	1993		2000	
	n	%	n	%
Muita	49	40,5	54	48,7
Bastante	52	43,0	44	39,6
Assim-Assim	18	14,9	11	9,9
Pouca	2	1,6	2	1,8
Nenhuma	0	0	0	0
TOTAL	121	100	111	100

p = 0,085 (teste Wilcoxon) (n.s.)



**Figura 30**  
**Importância da formação recebida no curso de**  
**Medicina do Trabalho**



#### **6.3.4.5 Classificação e ordenação da formação recebida no Curso de Medicina do Trabalho**

No ano de 1993 e numa escala ordinal de 1 (muito pouco) a 5 (elevado) a “Bioestatística aplicada à medicina do trabalho” foi o tema mais valorizado com a média de 3,44 (**Quadro 42**) com mediana e moda de 4. No ano de 2000 tal posição passou a ser ocupada pela “Patologia e Toxicologia profissionais” com a média de 3,49. Esta diferença é estatisticamente significativa.

A classificação da “Promoção e Educação para a Saúde em MT” progrediu entre inquéritos de forma significativa pelo que deixou de ocupar o último lugar na classificação tendo transitado para o 7º posto. Esta diferença é estatisticamente significativa.

Em 1993, os temas com médias inferiores a três foram “Prevenção técnica dos riscos profissionais”, média de 2,99; “Sociologia do trabalho e das organizações”, média de 2,82 e “Promoção e Educação para a Saúde em Medicina do Trabalho”, média de 2,81.

No ano 2000 somente a “Prevenção técnica dos riscos profissionais e a “Sociologia do trabalho e das organizações” tiveram médias inferiores a três.

Na ordenação pelos valores médios da classificação da formação recebida verificam-se algumas outras alterações de ordem entre os dois inquéritos mas as diferenças de pontuação observadas não são estatisticamente significativas.

**Quadro 42 - Ordenação da classificação da formação recebida no curso de medicina do trabalho**

	1993				2000				P
	Média	Mediana	Moda	Nº. Ordem	Média	Mediana	Moda	Nº. Ordem	Wilcoxon
Bioestatística aplicada à MT	3,44	4	4	1º	3,47	3	4	2º	0,369
Patologia e toxicologia profissionais	3,30	3	4	2º	3,49	4	4	1º	<b>0,032</b> (s.)
Prevenção médica dos riscos profissionais	3,29	3	3	3º	3,21	3	3	4º	0,965
Planeamento, organização e gestão de serviços de MT	3,22	3	3	4º	3,37	3	3 (a)	3º	0,373
Ergonomia	3,09	3	4	5º	3,06	3	3	6º	0,395
Epidemiologia das doenças profissionais e dos acidentes de trabalho	3,02	3	3	6º	3,18	3	3	5º	0,069
Prevenção técnica dos riscos profissionais	2,99	3	3	7º	2,89	3	3	9º	0,464
Sociologia do trabalho e das organizações	2,82	3	3ª	8º	2,98	3	3	8º	0,459
Promoção e educação para a saúde em MT	2,81	3	3	9º	3,02	3	4	7º	<b>0,036</b> (s.)

Notas: (a) moda múltipla, é apresentado o valor mais baixo;

Escala de valores de 1 (muito pouco) a 5 (elevado).

### 6.3.4.6. Classificação e ordenação das necessidades formativas dos médicos do trabalho

No que se refere à classificação das necessidades formativas, as médias, modas e medianas apresentaram valores superiores a 3. “A patologia e toxicologia profissionais”, “Planeamento e organização e gestão de serviços de MT” e “Prevenção médica de riscos profissionais” foram os temas classificados nos três primeiros lugares em 1993 com as médias de 3,82, 3,76 e 3,74 respectivamente (**Quadro 43**), a mediana de 4 e moda de 5.

**Quadro 43 - Ordenação da classificação das necessidades formativas dos médicos do trabalho**

	1993				2000				p
	Média	Mediana	Moda	Nº. Ordem	Média	Mediana	Moda	Nº. Ordem	
Patologia e toxicologia profissionais	3,82	4	5	1º	3,81	4	4	1º	0,939
Planeamento, organização e gestão de serviços de MT	3,76	4	5	2º	3,42	4	3 (a)	6º	<b>0,013</b> (s.)
Prevenção médica dos riscos profissionais	3,74	4	5	3º	3,81	4	4	2º	0,965
Prevenção técnica dos riscos profissionais	3,70	4	4	4º	3,79	4	4	3º	0,847
Epidemiologia das doenças profissionais e dos acidentes de trabalho	3,69	4	4	5º	3,60	4	4	4º	0,205
Promoção e Educação para a Saúde em MT	3,60	4	4	6º	3,53	4	3	5º	0,568
Ergonomia	3,60	4	4	7º	3,41	3,5	4	7º	0,059
Sociologia do Trabalho e das Organizações	3,25	3	3	8º	3,05	3	3	8º	0,288
Bioestatística aplicada à MT	3,13	3	3	9º	3,00	3	3	9º	0,329

Notas: (a) moda múltipla, é apresentado o valor mais baixo;

Escala de valores de 1 (muito pouco) a 5 (elevado).

A necessidade formativa em “Bioestatística aplicada à MT” foi classificada em último lugar com a média de 3,13, mediana e moda 3.

No inquérito de 2000 a ordenação da classificação das necessidades formativas foi muito semelhante à verificada em 1993, no entanto a maior diferença verifica-se no tema "Planeamento, organização e gestão de serviços de MT" que baixou a média de 3,76 para 3,42, diferença esta com significado estatístico. As restantes variações foram mais discretas e sem significado estatístico.

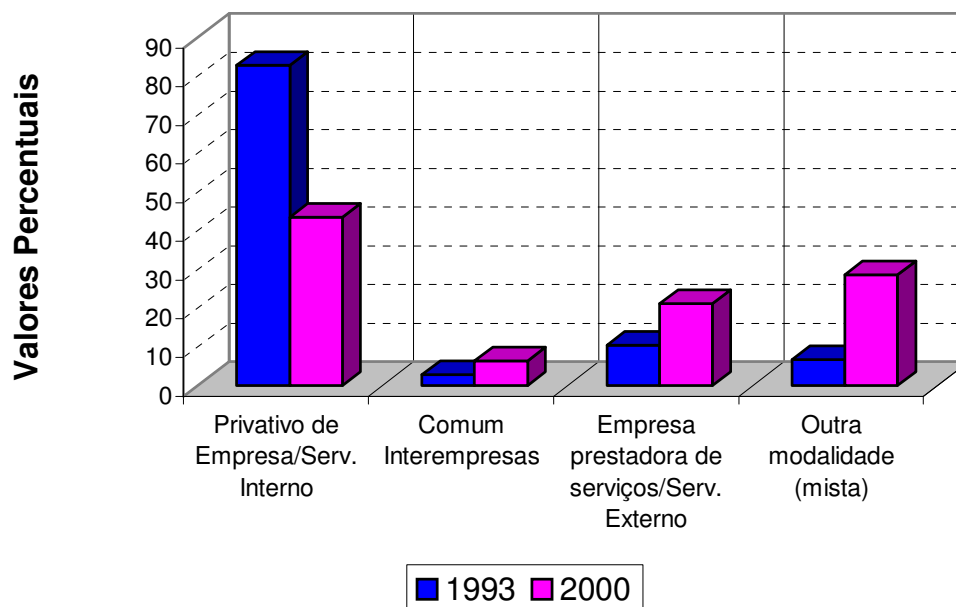
### **6.3.5. Os médicos do trabalho de empresa e a modalidade de organização de serviços de Medicina do Trabalho**

Cerca de metade dos médicos do trabalho que, em 1993, exerciam, predominantemente, a sua actividade em serviços privativos de empresa (serviços internos)" passam, em 2000, a exercer nas outras modalidades de organização de serviços de MT/SHST/SO, nomeadamente em empresas prestadoras de serviços (serviços externos) ou em mais de que uma modalidade (**Quadro 44; Figura 31**). Todas as diferenças registadas têm um elevado significado estatístico.

**Quadro 44 - Os médicos do trabalho de empresa e a modalidade de serviços**

	1993		2000		P McNemar
	n	%	n	%	
Privativo de Empresa/ Serv. Interno	87	82,8	41	43,6	<b>0,001</b> (s.)
Comum Inter-empresas	3	2,9	6	6,4	<b>0,003</b> (s.)
Empresa prestadora de serviços/ Serv. Externo	11	10,5	20	21,3	<b>&lt;0,001</b> (s.)
Outra modalidade (mista)	4	3,8	27	28,7	<b>&lt;0,001</b> (s.)
TOTAL	105	100	94	100	

**Figura 31**  
**Os médicos do trabalho e a modalidade de serviços**



#### 6.3.6. Número de trabalhadores abrangidos pelos Serviços de MT/SHST/SO

O padrão de distribuição do número de trabalhadores pelas empresas servidas pelos serviços de MT/SHST/SO mostrou, em 1993 e em 2000 médias elevadas de 2472 e 3402 trabalhadores respectivamente (**Quadro 45**). Os valores do desvio padrão e da mediana e o número mínimo e máximo de trabalhadores caracterizam mais especificamente o tipo de distribuição verificada em 1993 e em 2000 (**Figura 32**). As diferenças não são estatisticamente significativas.

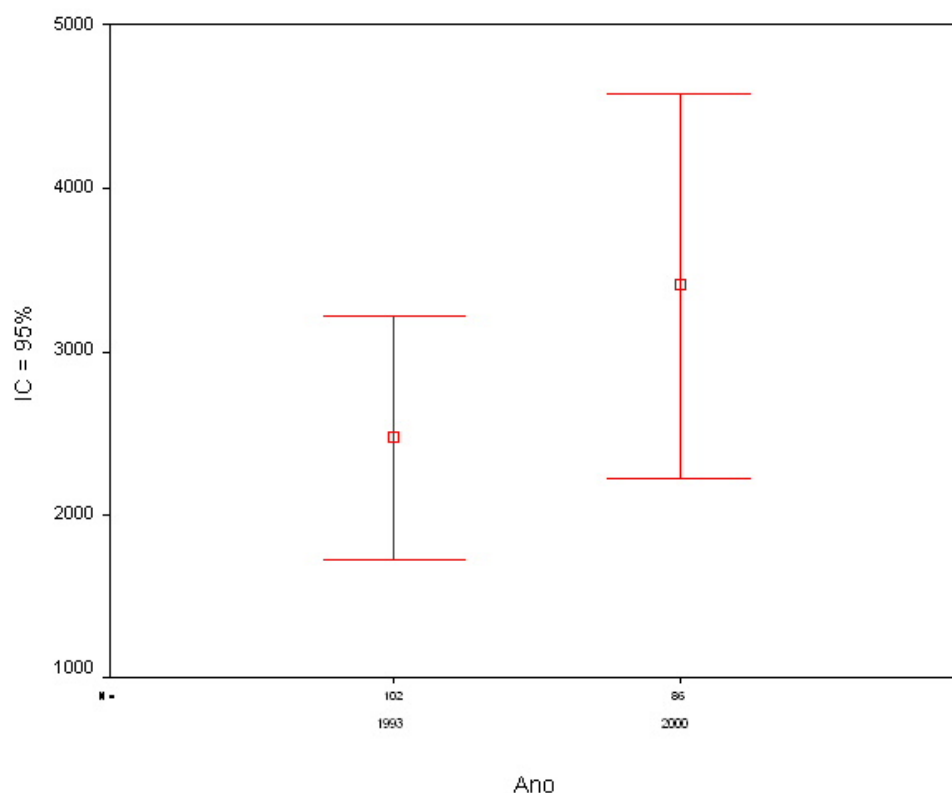
**Quadro 45 - Distribuição de trabalhadores pelas empresas servidas pelos Serviços de Medicina do Trabalho**

	1993	2000
Média	2472,4	3402,3
Desvio padrão	3809,3	5494,1
Mediana	1160	1500
Mínimo	66	8
Máximo	20000	32000

p = 0,165 (teste Wilcoxon) (n.s.)

**Figura 32**

**Distribuição do número de trabalhadores pelas empresas servidas pelos Serviços de Medicina do Trabalho (IC=95%)**



### **6.3.7. Número de outros médicos e técnicos superiores dos Serviços de MT/SHST/SO**

Em 1993, os médicos do trabalho desempenhavam a sua actividade em serviços que tinham, em média, 7,3 outros colaboradores, médicos e técnicos superiores (**Quadro 46; Figura 33**).

Em 2000, a média desce para 6,9. A mediana foi idêntica em ambos os inquéritos e amplitude entre o valor mínimo e máximo diminuiu no período considerado. Estas diferenças não são estatisticamente significativas.

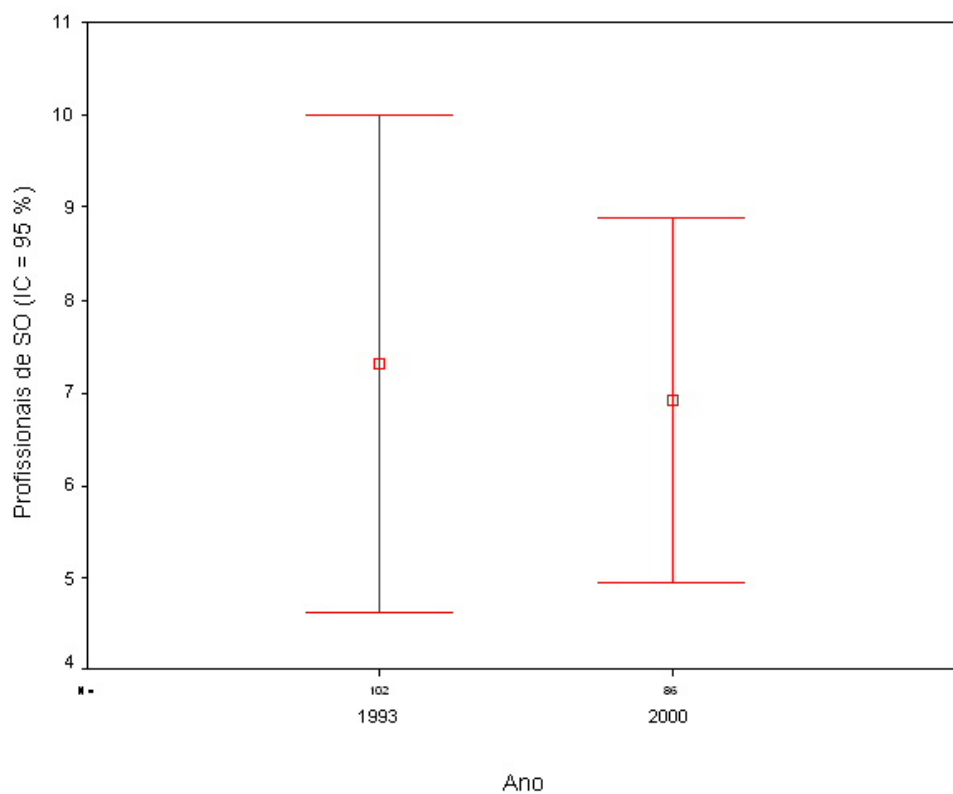
**Quadro 46 - Outros médicos e técnicos superiores do Serviço de Medicina do Trabalho**

	1993	2000
Média	7,3	6,9
Desvio padrão	13,6	9,2
Mediana	3	3
Mínimo	0	0
Máximo	88	60

p = 0,143 (teste Wilcoxon)

**Figura 33**

**Outros médicos e técnicos superiores do Serviço de Medicina do Trabalho**



### 6.3.8. Caracterização da actividade dos médicos do trabalho

Os médicos do trabalho dedicaram à execução de “exames de vigilância de saúde” a maior parte do tempo da sua actividade semanal de medicina do trabalho. Quando comparado o horário de trabalho ocupado com esta actividade, entre os dois inquéritos, verifica-se um incremento dos valores médios de mais de 8% entre 1993 e 2000. Esta diferença tem significado estatístico (**Quadro 47; Figuras 34 e 34A**).

Às actividades de “cuidados médicos de base”, “organização e gestão de serviço de MT” e “visitas às instalações da empresa e vigilância ambiental” foi dedicado um tempo de trabalho médico semanal semelhante em ambos os questionários, com valores ligeiramente inferiores no ano 2000 (**Figuras 35; 36 e 37**). Tais diferenças não têm significado estatístico.

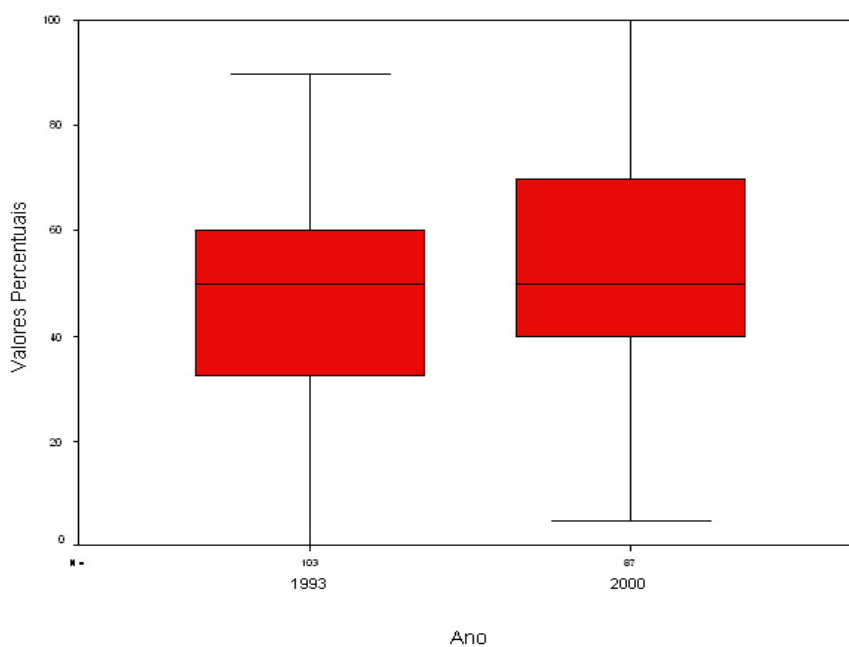
À promoção da saúde e educação para a saúde é atribuída a mais baixa percentagem da actividade semanal do médico do trabalho, mas com um aumento, entre inquéritos, de 2,5%, sem atingir essa diferença um significado estatístico (**Quadro 47; Figura 38**).

**Quadro 47 - Distribuição percentual do tempo de actividade semanal do médico do trabalho**

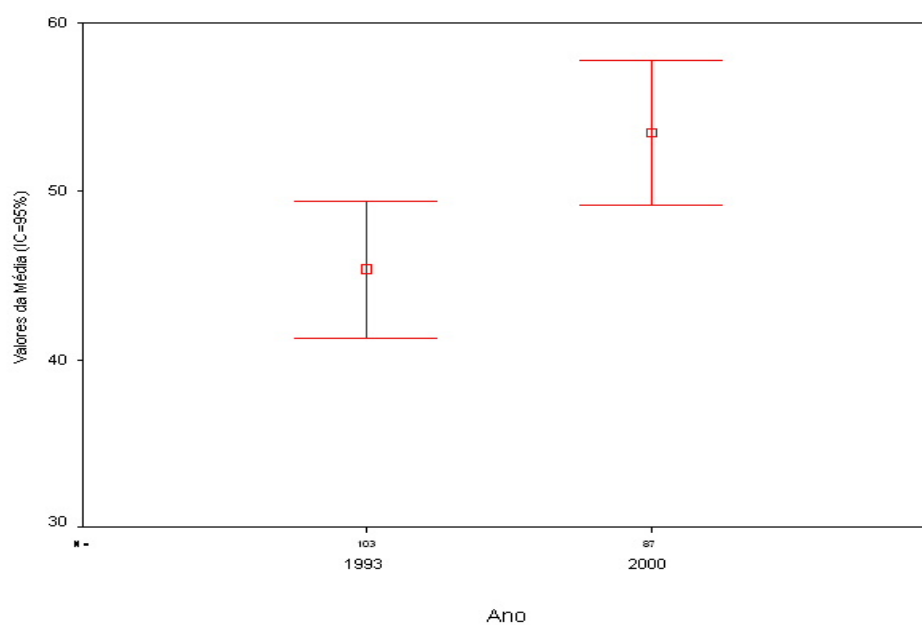
	Exames médicos de vigilância de saúde		Visitas às instalações da empresa e vigilância ambiental		Cuidados médicos de base		Organização e gestão do serviço de MT		Promoção da saúde e educação para a saúde	
	1993	2000	1993	2000	1993	2000	1993	2000	1993	2000
Média	45,4	53,5	13,5	12,9	16,2	13,7	13,9	12,7	8,3	10,8
Mediana	50	50	10	10	10	10	10	10	10	10
Desvio padrão	20,6	20,3	9,8	8,5	16,8	13,0	16,4	11,4	6,3	6,4
Mínimo	0	5	0	1	0	1	0	1	0	1
Máximo	90	100	45	40	80	75	99	65	40	30
p (teste t)	<b>0,012</b> (s.)		0,0554		0,063		0,591		0,095	



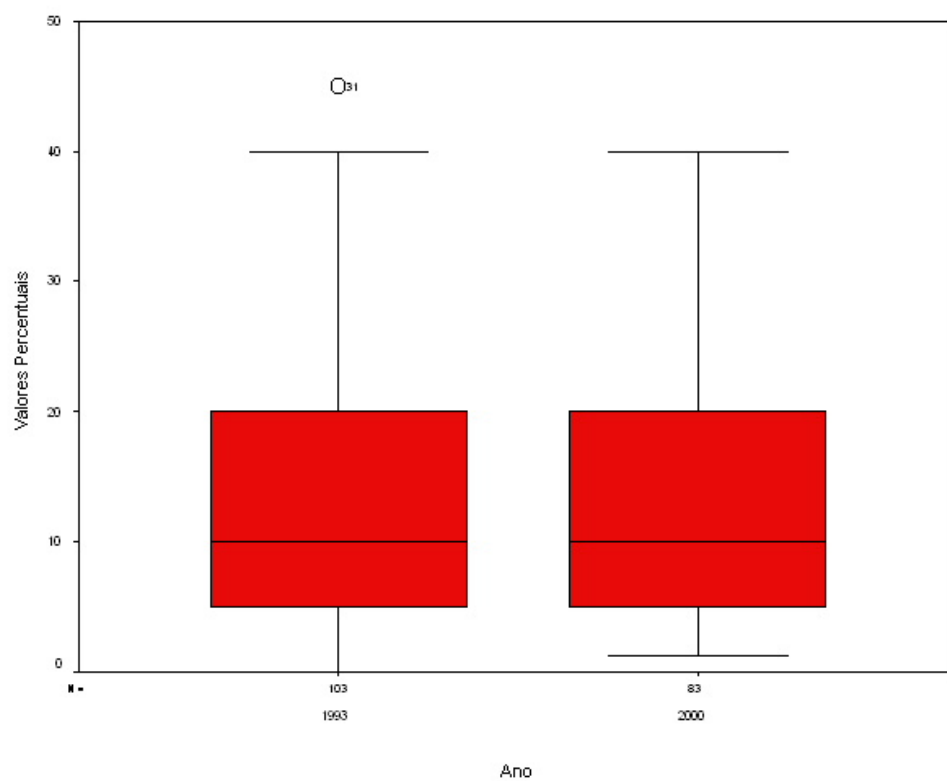
**Figura 34**  
**Exames Médicos de Vigilância de Saúde**



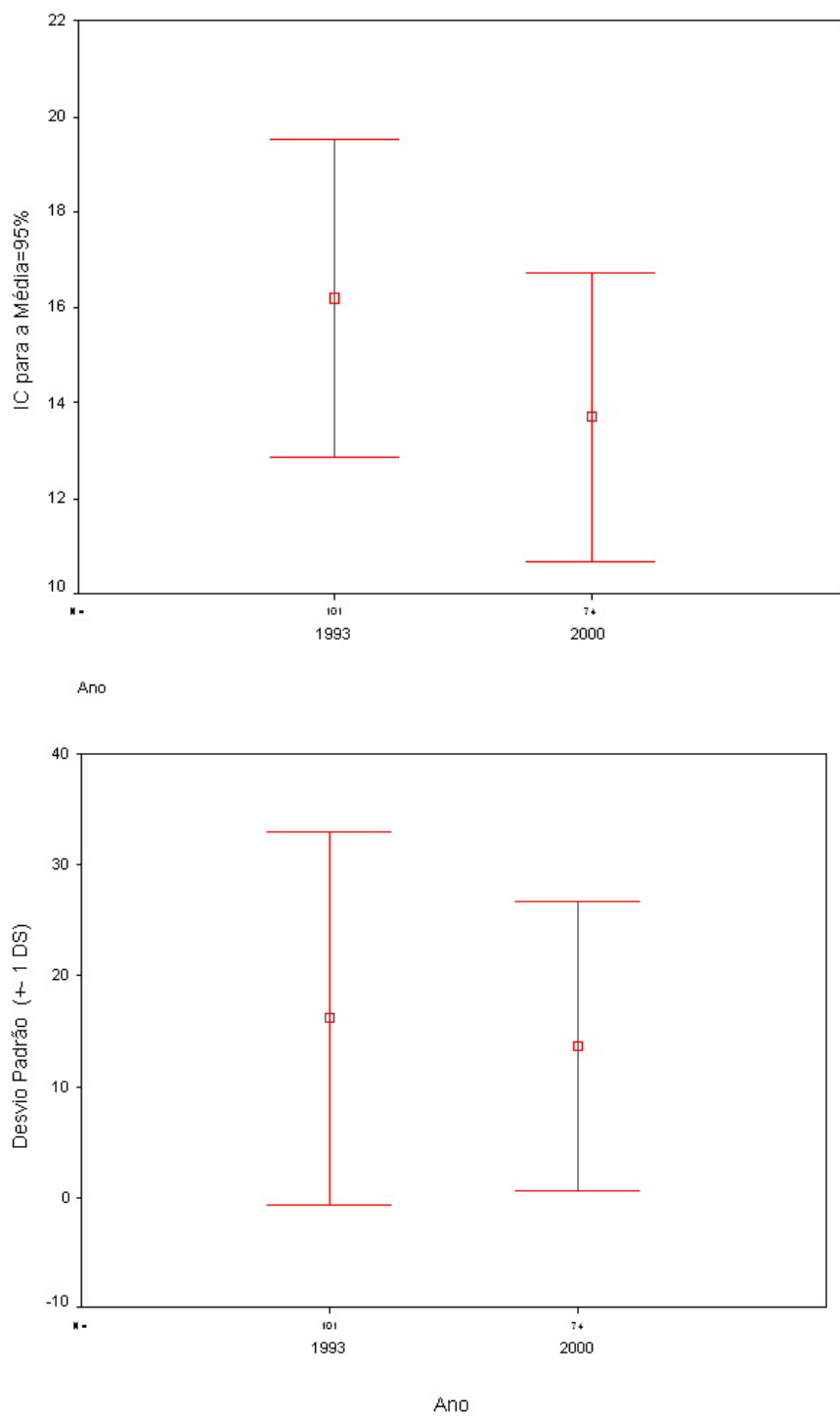
**Figura 34 A.**  
**Exames Médicos de Vigilância de Saúde**



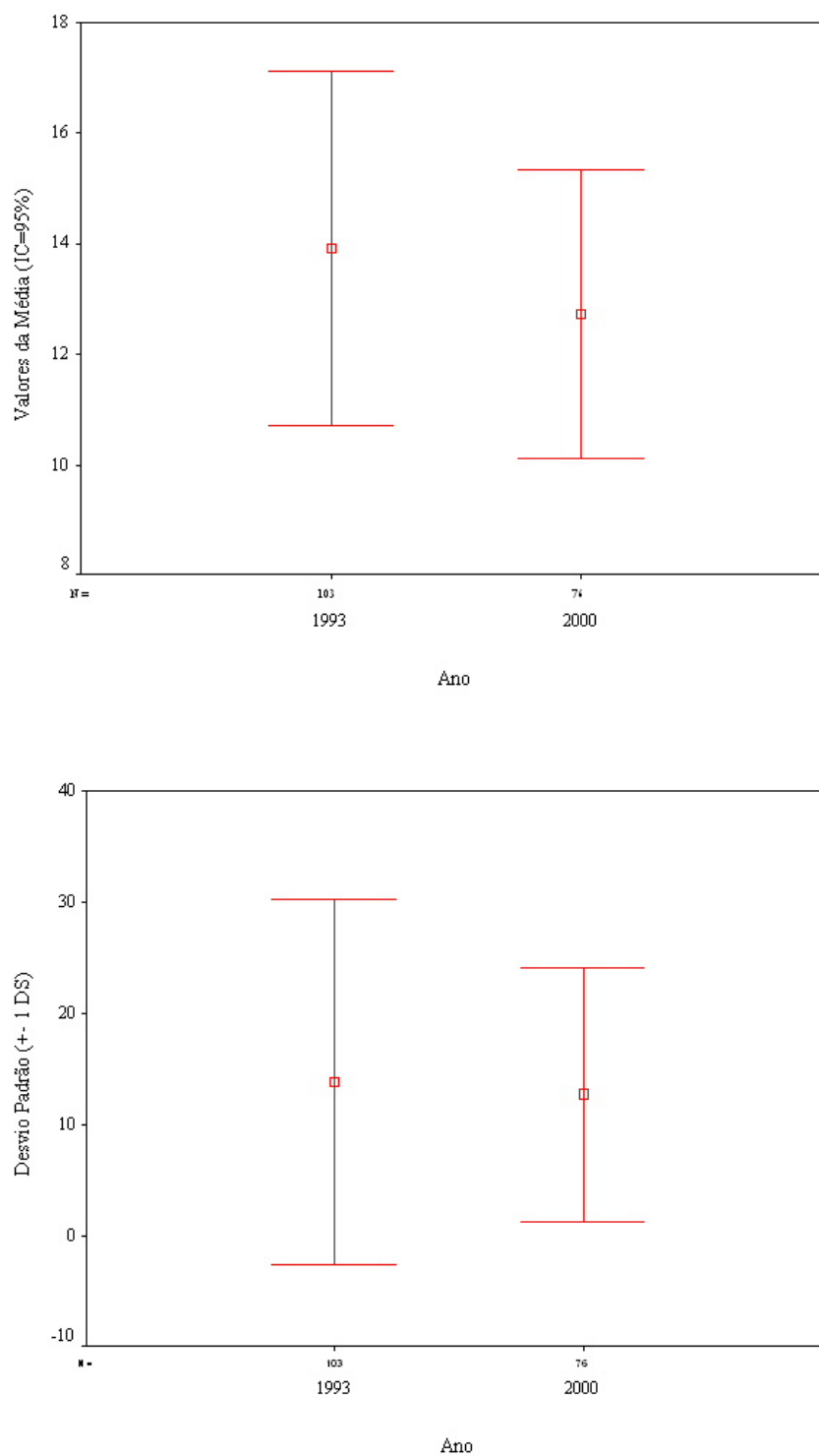
**Figura 35**  
**Visitas às instalações da empresa e vigilância ambiental**



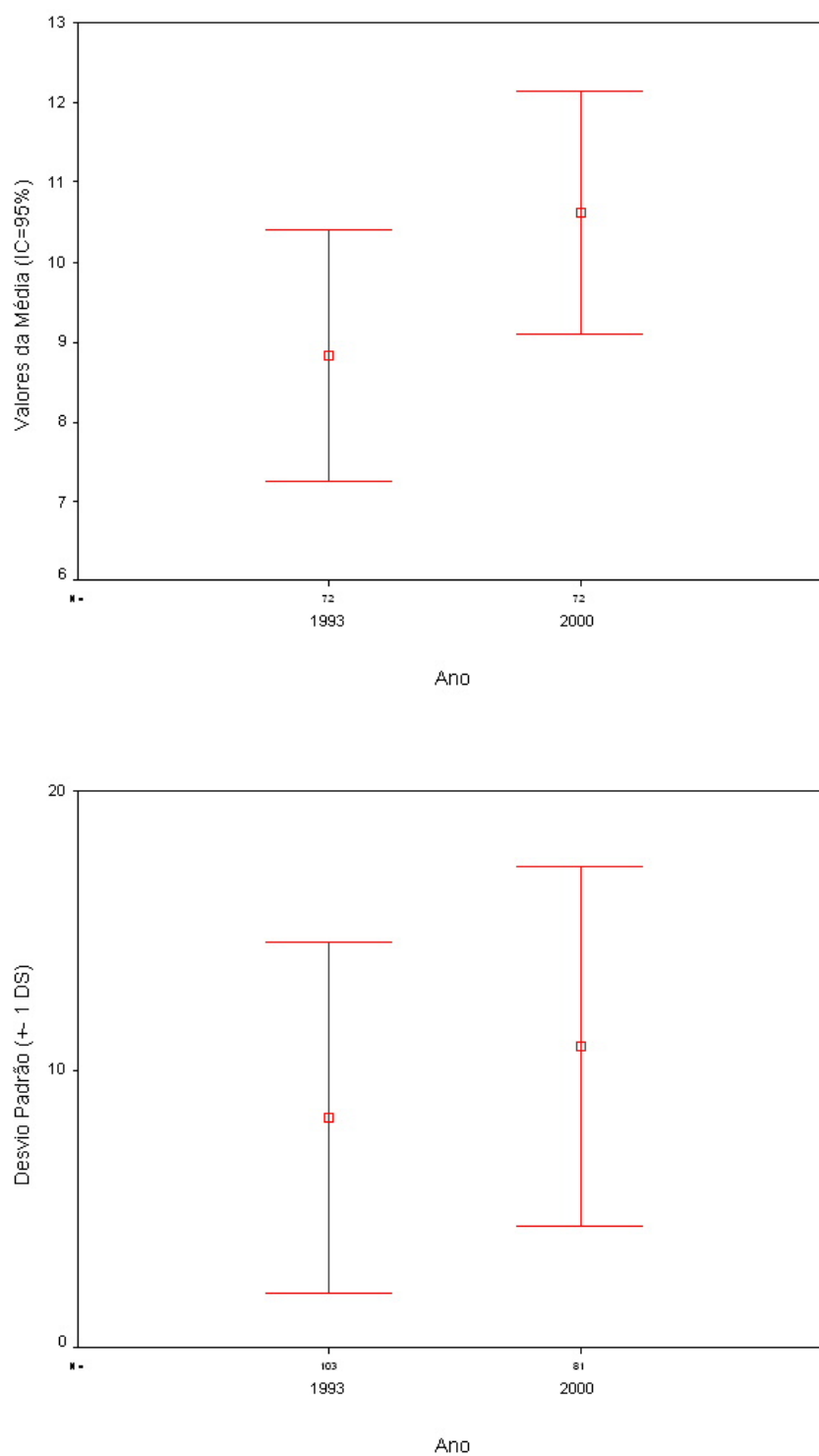
**Figura 36**  
**Cuidados médicos de base**



**Figura 37**  
**Organização e gestão do serviço de MT**



**Figura 38**  
**Promoção da Saúde e Educação Sanitária**



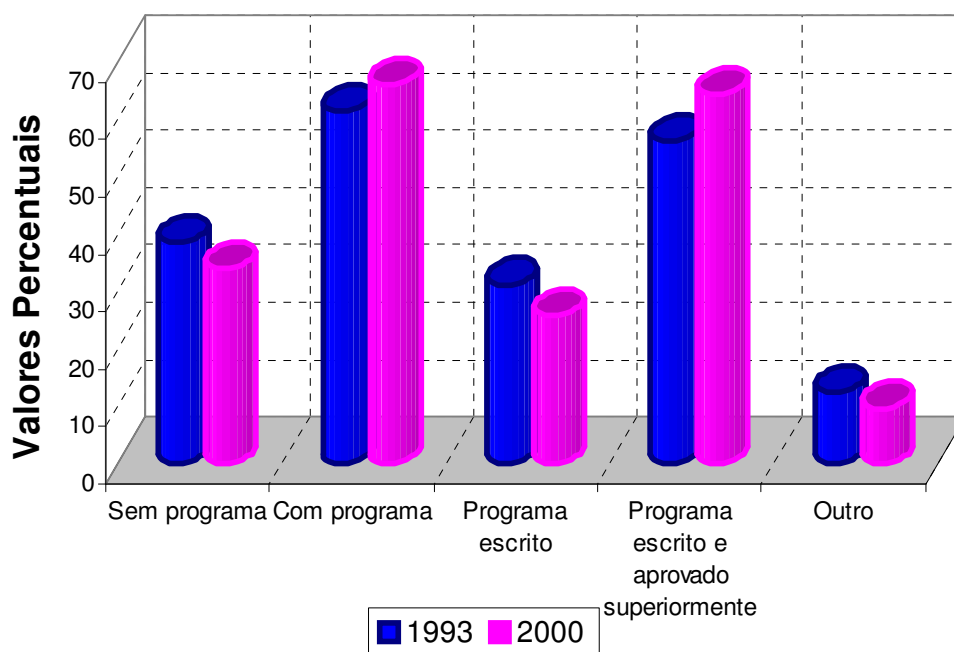
### 6.3.9. Organização interna do serviço de MT/SHST/SO

Em 2000, uma percentagem importante de serviços de MT/SHST/SO continuava a não possuir programa formal de actividades, ainda que esse valor tenha decrescido relativamente a 1993 (**Quadro 48; Figura 39**). A diferença não é contudo estatisticamente significativa.

**Quadro 48 - Programa de actividades de Medicina do Trabalho**

	1993		2000		P McNemar
	n	%	n	%	
Sem programa	40	38,5	32	34	0,86
Com programa	64	61,5	62	66	
Total	104	100	94	100	
Programa escrito	20	31,2	16	25,8	0,41
Programa escrito e aprovado superiormente	36	56,3	40	64,5	0,23
Outro	8	12,5	6	9,7	1

**Figura 39**  
**Programa de actividades de Medicina do Trabalho**



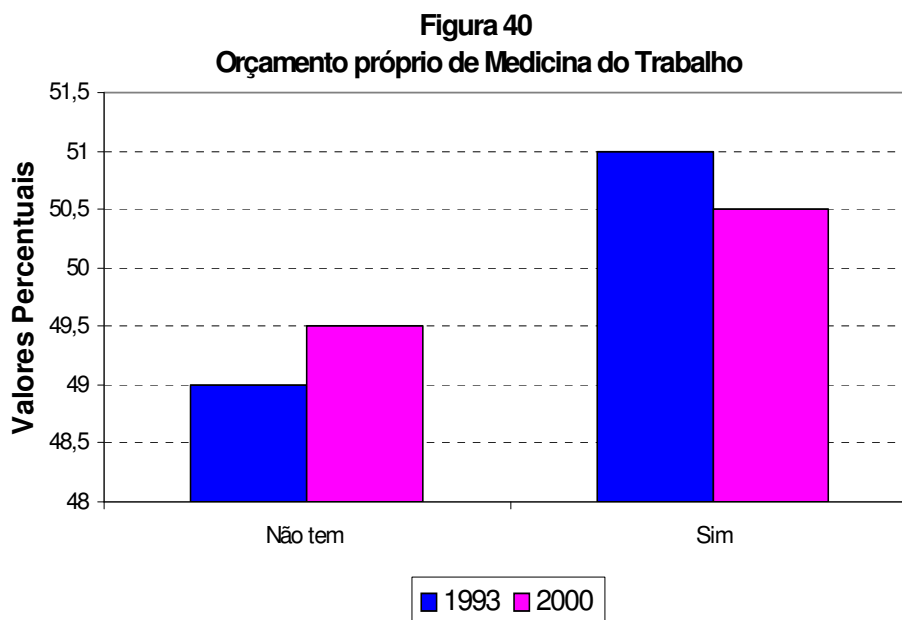
Dos serviços de MT/SHST/SO que têm programa de actividades verificou-se que na maioria das situações o mesmo está aprovado superiormente. O progresso verificado entre inquéritos não tem contudo significado estatístico.

No que se refere à existência de orçamento próprio do serviço de MT/SHST/SO constatou-se que tal se verifica em cerca de metade das situações, de forma idêntica nos dois tempos de análise (**Quadro 49; Figura 40**).

**Quadro 49 - Orçamento próprio de Medicina do Trabalho**

	1993		2000	
	n	%	n	%
Não tem	50	49,0	45	49,5
Sim	52	51,0	46	50,5
TOTAL	102	100	91	100

p= 0,850 (teste McNemar) (n.s.)



A generalidade dos serviços elabora relatórios de actividades com regularidade, ainda que com ligeira redução em 2000 (**Quadro 50**). A diferença não tem significado estatístico.

**Quadro 50 - Elaboração do relatório de actividades**

	1993		2000	
	n	%	n	%
Não	7	6,8	10	10,8
Sim	96	93,2	83	89,2
TOTAL	103	100	93	100

p= 0,146 (teste McNemar) (n.s.)

A posição que os médicos do trabalho ocupavam na hierarquia do serviço foi, em 1993, maioritariamente como “responsável máximo do serviço”, 53,4 % (**Quadro 51; Figura 41**).

A posição “médico do trabalho sem funções de chefia” correspondeu a 29,1% dos respondentes e a cerca de 9% a de “médico do trabalho com funções dominantes de clínica médica”.

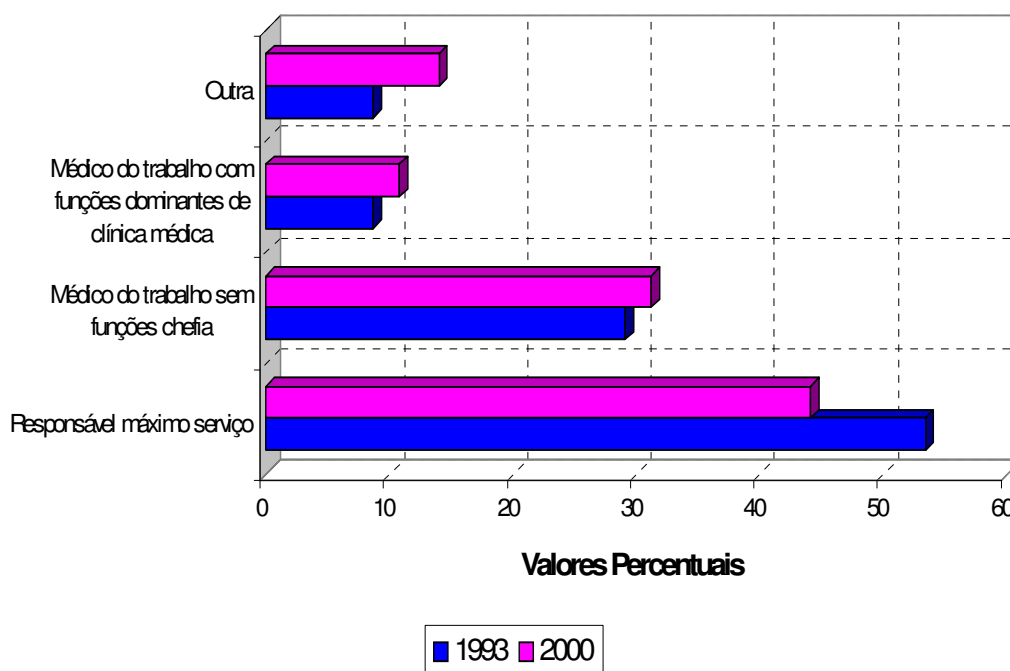
Em 2000, a percentagem de “médicos responsáveis máximo do serviço” desceu cerca de 9% e a posição “outro” duplicou o valor entre os dois inquéritos. As diferenças verificadas não são estatisticamente significativas.

**Quadro 51 - Posição que ocupa no serviço de MT**

	1993		2000		McNemar
	n	%	n	%	
Responsável máximo serviço	55	53,4	41	44,1	0,281
Médico do trabalho sem funções chefia	30	29,1	29	31,2	0,845
Médico do trabalho com funções dominantes de clínica médica	9	8,7	10	10,8	0,424
Outra	9	8,7	13	14,0	0,267
TOTAL	103	100	93	100	



**Figura 41**  
**Posição que ocupa no serviço de MT**



A maioria dos médicos manifestou sentir dificuldades no funcionamento do serviço MT/SHST/SO, ainda que com menor relevância em 2000 (**Quadro 52**). A diferença não é estatisticamente significativa.

**Quadro 52 - Dificuldades de funcionamento do serviço de medicina do trabalho**

	1993		2000	
	n	%	n	%
Não	43	41,3	43	45,7
Sim	61	58,7	51	54,3
TOTAL	104	100	93	100

p = 0,108 (teste McNemar) (n.s.)

Os médicos do trabalho em exercício nos serviços de MT/SHST/SO apresentaram, nos momentos em estudo, um elevado número de sugestões de alteração das condições de trabalho. Na classe de mais de dez sugestões verificou-se um aumento de cerca de 6% das respostas entre inquéritos (**Quadro 53; Figura 42**).

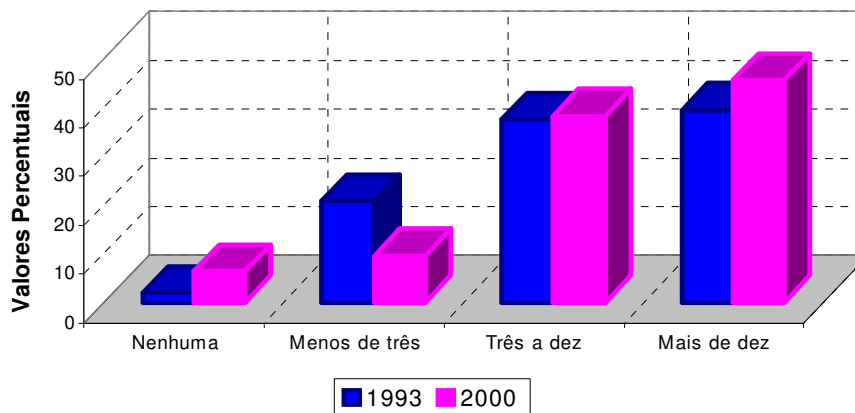
Este incremento foi feito à custa da redução dos serviços de MT que apresentaram menos de três sugestões que diminuiu cerca de 11% (20,8% para 9,6%). Estas diferenças não tem, no entanto, significado estatístico.

**Quadro 53 - Número de sugestões de alteração das condições de trabalho apresentadas no último ano**

	1993		2000	
	n	%	n	%
Nenhuma	2	2,0	6	6,4
Menos de três	21	20,8	9	9,6
Três a dez	38	37,6	36	38,3
Mais de dez	40	39,6	43	45,7
TOTAL	101	100	94	100

p = 0,463 (teste Wilcoxon) (n.s.)

**Figura 42**  
**Número de sugestões de alteração das condições de trabalho apresentadas no último ano**



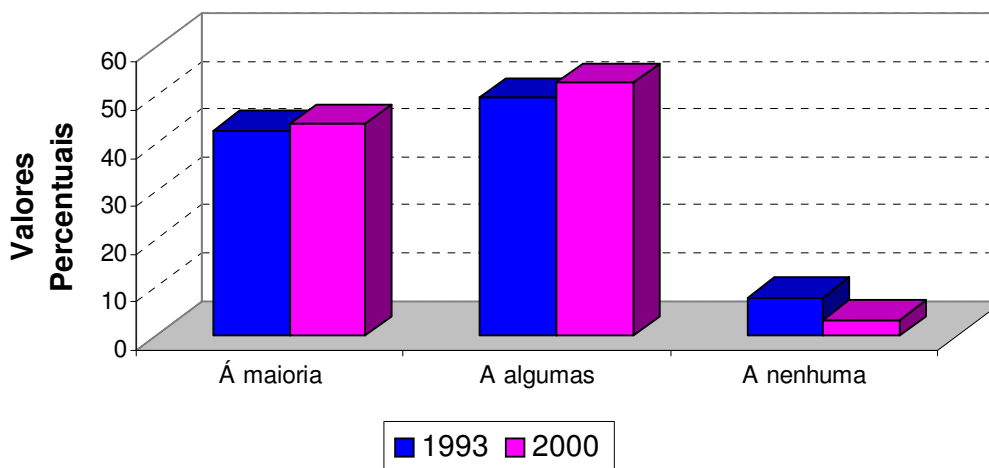
A resposta por parte das administrações das empresas foi favorável “à maioria” ou "a algumas" das sugestões de melhoria das condições de trabalho na empresa apresentadas pelos médicos do trabalho, tendo-se verificado um ligeiro progresso no período em análise (**Quadro 54; Figura 43**). As diferenças não são estatisticamente significativas.

**Quadro 54 - Resposta positiva da administração às sugestões apresentadas**

	1993		2000	
	n	%	n	%
À maioria	43	42,6	40	44,0
A algumas	50	49,5	48	52,7
A nenhuma	8	7,9	3	3,3
TOTAL	101	100	91	100

p = 0,869 (teste Wilcoxon) (n.s.)

**Figura 43**  
**Resposta positiva da administração**  
**às sugestões apresentadas**



#### **6.4. Ano de formação em Medicina do Trabalho e a prática profissional**

O nível de actividade profissional dos médicos diplomados com o Curso de Medicina do Trabalho (CMT) da ENSP/UNL é progressivamente mais elevado quanto mais recente é a formação, de tal modo que a quase totalidade dos diplomados de 1986 a 1991 referiu exercer a medicina do trabalho à data dos dois inquéritos. Verifica-se uma redução global de actividade entre os dois anos do estudo, distribuída igualmente pelos três grupos de diplomados considerados (**Quadro 55**)

**Quadro 55 – Ano de curso de medicina do trabalho e a situação de exercício profissional**

Ano de Curso		1993			2000		
		Exerce	Não Exerce	Total	Exerce	Não Exerce	Total
1964 a 1974	n	25	12	37	20	16	36
	%	67,6	32,4	100	55,6	44,4	100
1975 a 1985	n	50	16	66	48	18	66
	%	75,8	24,2	100	72,7	27,3	100
1986 a 1991	n	47	3	50	44	6	50
	%	94,0	6,0	100	88,0	12,0	100
TOTAL	n	122	31	153	112	40	152
	%	79,7	20,3	100	73,7	26,3	100

É na classe dos diplomados de 75 a 85 que se encontra a maior percentagem e o maior número absoluto de médicos com horário superior a 20 horas semanais. No período inter inquéritos verifica-se, globalmente, uma estabilidade na distribuição percentual das opções de tempo de exercício, no entanto, é aparente um reinvestimento dos diplomados depois de 1985 e um desinvestimento dos restantes grupos (**Quadro 56**).

**Quadro 56 – Ano de Curso de Medicina do Trabalho e o tempo de exercício profissional**

		1993 (Horário semanal)			2000 (Horário semanal)		
Ano de Curso		Até 20 horas	Mais 20 horas	Total	Até 20 horas	Mais 20 horas	Total
1964 a 1974	n	17	8	25	14	5	19
	%	68,0	32,0	100	73,7	26,3	100
1975 a 1985	n	24	26	50	25	22	47
	%	48,0	52,0	100	53,2	46,8	100
1986 a 1991	n	30	17	47	25	18	43
	%	63,8	36,2	100	58,1	41,9	100
TOTAL	n	71	51	122	64	45	109
	%	58,2	41,8	100	58,7	41,3	100

São também os médicos diplomados com o CMT, entre 1975 e 1985, os que participam mais regularmente em ações de formação em ambos os inquéritos. Os diplomados mais recentes, depois de 1985, mostram uma participação progressiva entre os dois anos de análise, enquanto os diplomados antes de 1974 reduzem o seu empenho na formação (Quadro 57).

**Quadro 57 – Ano de Curso e a Participação em Ações de Formação**

		1993				2000			
Ano de Curso		Regular-mente	Por vezes	Raramente	Total	Regular-mente	Por vezes	Raramente	Total
1964 a 1974	n	4	15	6	25	3	8	9	20
	%	16,0	60,0	24,0	100	15,0	40,0	<b>45,0</b>	100
1975 a 1985	n	27	16	6	49	25	15	8	48
	%	<b>55,1</b>	32,7	12,2	100	<b>52,1</b>	31,2	16,7	100
1986 a 1991	n	21	21	5	47	22	17	5	44
	%	44,7	44,7	10,6	100	<b>50,0</b>	38,6	11,4	100
TOTAL	n	52	52	17	121	50	40	22	112
	%	43,0	43,0	14,0	100	44,6	35,7	19,7	100

Globalmente a importância atribuída ao curso de medicina do trabalho tende a progredir de 1993 a 2000 à custa da classe dos diplomados mais jovens (Quadro 58)

**Quadro 58 – Ano de Curso e a importância da formação recebida no C.M.T.**

Ano de Curso		1993					2000				
		Muito	Bastante	Assim Assim	Pouco	Total	Muito	Bastante	Assim Assim	Pouco	Total
1964 a 1974	n	10	10	3	1	24	8	10	1	1	20
	%	41,7	41,7	12,5	4,1	100	40,0	50,0	5,0	5,0	100
1975 a 1985	n	17	24	8	1	50	19	20	8	1	48
	%	34,0	48,0	16,0	2,0	100	39,6	41,7	16,7	2,0	100
1986 a 1991	n	22	18	7		47	27	14	2		43
	%	<b>46,8</b>	38,3	14,9		100	<b>62,8</b>	32,5	4,7		100
TOTAL	n	49	52	18	2	121	54	44	11	2	111
	%	40,5	43,0	14,9	1,6	100	48,7	39,6	9,9	1,8	100

Em 1993, os médicos do trabalho exercem preferencialmente a sua actividade em serviços privativos ou internos com especial incidência os diplomados entre 1975 e 1985. Em 2000 o padrão evolui, e a prática profissional em serviços privativos diminui, mantendo-se ainda dominante, e distribui-se de forma independente do ano de curso de MT. O desempenho em serviços externos e em regime misto torna-se maioritário, nomeadamente, nos diplomados mais recentes (**Quadro 59**).

**Quadro 59 – Ano de Curso e a Modalidade de serviço de Medicina do Trabalho**

Ano de Curso		1993					2000				
		Privativo interno	Comum Inter-empresas	Externo	Misto	Total	Privativo interno	Comum Inter-empresas	Externo	Misto	Total
1964 a 1974	n	16	2	3	2	23	8	2	5	3	18
	%	69,6	8,7	13,0	8,7	100	44,4	11,1	27,8	16,7	100
1975 a 1985	n	39	2		1	42	17	2	6	<b>15</b>	40
	%	<b>92,8</b>	4,8		2,4	100	42,5	5,0	15,0	<b>37,5</b>	100
1986 a 1991	n	32		8		40	16	2	9	9	36
	%	80,0		20,0		100	44,4	5,6	25,0	25,0	100
TOTAL	n	87	4	11	3	105	41	6	20	27	94
	%	82,8	3,8	10,5	2,9	100	43,6	6,4	21,3	28,7	100

A valorização da formação em “Patologia e Toxicologia profissionais” no CMT apresenta um padrão idêntico em ambos os inquéritos, os diplomados mais antigos e os mais novos atribuem maior classificação com evolução positiva entre 1993 e 2000, ano em que foi o tema de formação do CMT mais valorizado. As necessidades formativas são melhor classificadas que a formação, nomeadamente pelos diplomados depois de 1974, e de forma idêntica em ambos os inquéritos. Foi o tema mais valorizado das diversas matérias do CMT, em ambos os anos de observação (**Quadro 60**).

**Quadro 60 – Ano de curso e a avaliação da formação recebida e das necessidades formativas em Patologia e Toxicologia Profissionais**

Ano de Curso	1993				2000			
	Formação		Necessidade de Formação		Formação		Necessidade de Formação	
	n	Média	n	Média	n	Média	n	Média
1964 a 1974	21	3,24	17	3,47	16	3,56	12	3,33
1975 a 1985	48	2,94	45	3,89	47	3,09	43	3,81
1986 a 1991	43	3,74	41	3,88	38	3,95	36	3,97
TOTAL	112	3,30	103	3,82	101	3,49	91	3,81

A média da classificação da avaliação da formação recebida no CMT no tema “planeamento organização e gestão dos Serviços de Medicina do Trabalho (SMT)” é mais elevada nos diplomados mais antigos e progride ligeiramente com o tempo. Quanto às necessidades formativas verifica-se uma diminuição no valor médio da classificação atribuída, entre os dois momentos de observação, com inversão do grupo de diplomados que mais valoriza a necessidade de formação, os mais novos em 1993, os mais antigos em 2000 (**Quadro 61**).

**Quadro 61 –Ano de curso e a avaliação da formação recebida e das necessidades de formação em Planeamento, Organização e Gestão de Serviços de Medicina do Trabalho**

	1993				2000			
	Formação		Necessidade de Formação		Formação		Necessidade de Formação	
Ano de Curso	n	Média	n	Média	n	Média	n	Média
1964 a 1974	23	3,39	19	3,53	16	3,81	11	3,82
1975 a 1985	49	3,06	46	3,67	48	3,23	42	3,21
1986 a 1991	43	3,30	41	3,98	40	3,35	39	3,54
TOTAL	115	3,22	106	3,76	104	3,37	92	3,42

A avaliação da formação em “Promoção e Educação para a saúde” é mais valorizada pelos diplomados antes de 1974, em ambos os inquéritos. A classificação, globalmente positiva, das necessidades formativas neste tema, é mais elevada que o seu ensino no CMT e o padrão de avaliação não difere muito entre as classes de diplomados considerados nos dois anos em análise (**Quadro 62**).

Ao nível de ordem de importância trata-se de uma matéria que no segundo questionário progride na classificação, quer do ensino, quer da necessidade formativa.



**Quadro 62 – Ano de curso e a avaliação da formação recebida e das necessidades formativas em Promoção e Educação para a Saúde em Medicina do Trabalho**

	1993				2000			
	Formação		Necessidade de Formação		Formação		Necessidade de Formação	
Ano de Curso	n	Média	n	Média	n	Média	n	Média
1964 a 1974	22	3,18	19	3,47	16	3,31	13	3,77
1975 a 1985	47	2,66	44	3,66	47	2,89	44	3,55
1986 a 1991	43	2,79	40	3,60	36	3,06	35	3,43
TOTAL	112	2,81	103	3,60	99	3,02	92	3,53

A boa avaliação da formação recebida em “Bioestatística” é valorizada preferencialmente pelos diplomados depois de 1974, o que coloca esta matéria em primeiro lugar em 1993 e em segundo em 2000 (**Quadro 63**).

Já quanto às necessidades formativas, muito menos valorizadas, o padrão é relativamente independente dos anos de curso de Medicina do Trabalho e os inquiridos colocam este tema em último lugar.

**Quadro 63 – Avaliação da formação recebida e das necessidades formativas em Bioestatística**

	1993				2000			
	Formação		Necessidade de Formação		Formação		Necessidade de Formação	
Ano de Curso	n	Média	n	Média	n	Média	n	Média
1964 a 1974	21	2,62	17	3,12	12	2,75	14	2,86
1975 a 1985	48	3,48	44	3,20	46	3,52	43	3,09
1986 a 1991	43	3,79	40	3,05	38	3,63	37	2,95
TOTAL	112	3,44	101	3,13	96	3,47	94	3,00

### 6.5. Regime de exercício profissional e o desempenho em Medicina do Trabalho

As médias da distribuição percentual do tempo pelas actividades em medicina do trabalho mostram pequenas diferenças entre o regime de trabalho médico a tempo parcial inferior a 20 h/semana e o de tempo superior a 20 h/semana (**Quadro 64**). Em 1993, os diplomados com maior tempo de exercício semanal dedicavam mais tempo aos exames médicos de vigilância, às visitas às instalações da empresa e vigilância ambiental, à organização e gestão do SMT e à promoção e educação para a saúde que os colegas em regime de tempo parcial, que, por sua vez, utilizavam mais de um quinto do seu horário semanal a executar exames de cuidados médicos de base.

Em 2000, são os diplomados que exercem a medicina do trabalho a tempo parcial que se dedicam mais aos exames de vigilância de saúde, aos cuidados médicos de base e até à promoção da saúde. As actividades de visita às instalações e vigilância ambiental e a organização e gestão do SMT parecem ser as actividades mais exercidas, para além dos exames médicos de vigilância, pelos médicos que mais se dedicam à MT.

**Quadro 64 – O horário semanal dos médicos do trabalho e a distribuição média das actividades em percentagem**

		1993			2000		
		≤ 20 h semanais	> 20 h semanais	Total	≤ 20 h semanais	> 20 h semanais	Total
Exames médicos de vigilância de saúde	%	44,8	46,1	45,4	57,1	49,6	53,5
	n	56	47	103	46	39	85
	DP	22,3	18,6	20,6	19,0	21,1	20,2
Visita às instalações da empresa/vigilância ambiental	%	11,9	15,4	13,5	12,1	14,1	12,9
	n	56	47	103	44	38	82
	DP	9,2	10,3	9,8	7,0	9,9	8,5
Cuidados médicos de base	%	20,1	11,3	16,2	14,6	12,0	13,7
	n	56	45	101	38	34	72
	DP	19,9	10,2	16,8	14,6	12,8	12,8
Organização e gestão do S.M.T.	%	13,4	14,5	13,9	9,2	16,7	12,7
	n	56	47	103	39	35	74
	DP	18,9	13,0	16,4	4,7	15,1	11,5
Promoção da Saúde e Educação Sanitária	%	7,8	8,9	8,3	11,0	10,6	10,8
	n	56	47	103	43	36	79
	DP	7,0	5,3	6,3	6,3	6,6	6,4

## 6.6. Regime de exercício profissional dos médicos do trabalho e a estruturação dos SMT (2000)

Os serviços de medicina do trabalho, onde desempenham funções médicos do trabalho em regime de mais de 20 horas semanais, têm, em maior percentagem, programa formal de actividades e na “forma escrita e aprovada superiormente” (**Quadro 65**). Verifica-se o inverso nos serviços onde trabalham médicos do trabalho em tempo parcial ( $\leq 20$  horas semanais).

**Quadro 65 - O horário semanal dos médicos do trabalho e a estruturação dos serviços**

		Programa de Actividades (ano 2000)				
Horário semanal		Sem programa	Com programa escrito	Escrito e aprovado superiormente	Outros	Total
$\leq 20$ horas	n	21	10	17	2	50
	%	42,0	20,0	34,0	4,0	100
$> 20$ horas	n	11	6	23	4	44
	%	25,0	13,6	<b>52,3</b>	9,1	100
TOTAL	n	32	16	40	6	94
	%	34,0	17,0	42,6	6,4	100

Os médicos que dedicam à medicina do trabalho mais de 20 horas semanais exercem mais a sua actividade em serviços de medicina do trabalho com orçamento próprio de que os médicos do trabalho a tempo parcial (**Quadro 66**).

**Quadro 66 - O horário semanal dos médicos do trabalho e o orçamento próprio do Serviço de Medicina do Trabalho**

		Orçamento próprio (ano 2000)		
Horário semanal		Tem	Não tem	Total
$\leq 20$ horas	n	20	27	47
	%	42,5	57,5	100
$> 20$ horas	n	26	18	44
	%	<b>59,1</b>	40,9	100
TOTAL	n	46	45	91
	%	50,5	49,5	100

A generalidade dos serviços de medicina do trabalho elabora relatórios regulares de actividade independentemente do horário semanal dos médicos do trabalho que neles exercem (**Quadro 67**).

**Quadro 67 – O horário semanal dos médicos do trabalho e a elaboração do relatório de actividades do SMT**

		Relatório de actividades (2000)		
Horário semanal		Sim	Não	Total
≤ 20 horas	n	42	6	48
	%	87,5	12,5	100
> 20 horas	n	39	4	43
	%	90,7	9,3	100
TOTAL	n	81	10	91
	%	89,0	11,0	100

Os médicos do trabalho com horário semanal superior a 20 horas têm tendência a assumir o papel de chefia dos S.M.T. enquanto os médicos do trabalho a tempo parcial desempenham preferencialmente as funções de clínica médica ou de medicina de trabalho sem chefia (**Quadro 68**).

**Quadro 68 – O horário semanal do médico do trabalho e a posição no serviço de MT**

		Posição do serviço				
Horário semanal		Responsável máximo	Médico do Trabalho sem formação de chefia	Médico do Trabalho com funções de chefia médica	Outra	Total
≤ 20 horas	n	20	17	6	6	49
	%	40,8	34,6	12,3	12,3	100
> 20 horas	n	20	12	3	7	42
	%	47,6	28,6	7,1	16,7	100
TOTAL	n	40	29	9	13	91
	%	44,0	31,8	9,9	14,3	100

São os Serviços de Medicina do Trabalho que têm ao seu serviço médicos do trabalho com horário superior a 20 horas semanais que apresentam maior número de sugestões de alterações das condições de trabalho (**Quadro 69**).

**Quadro 69 – O horário semanal dos médicos do trabalho e o número de sugestões de alteração das condições de trabalho**

Horário semanal		Número de sugestões (Ano 2000)				
		Nenhuma	Menos de três	Três a dez	Mais de dez	Total
≤ 20 horas	n	5	7	22	15	49
	%	10,2	14,3	44,9	30,6	100
> 20 horas	n		2	13	28	43
	%		4,7	30,2	<b>65,1</b>	100
TOTAL	n	5	9	35	43	92
	%	5,4	9,8	38,0	46,7	100

A resposta das administração às sugestões de melhoria das condições de trabalho parece ser independente do regime de horário semanal dos médicos do trabalho (**Quadro 70**).

**Quadro 70 – Horário semanal dos médicos do trabalho e a resposta das administrações às sugestões de melhoria das condições de trabalho**

Horário Semanal		Resposta das administrações (2000)			
		À maioria	A algumas	A nenhuma	Total
≤ 20 horas	n	21	22	3	46
	%	45,7	47,8	6,5	100
> 20 horas	n	19	24	0	43
	%	44,2	55,8		100
TOTAL	n	40	46	3	89
	%	44,9	51,7	3,4	100

## 6.7. A modalidade de organização de serviços de MT e o grau de estruturação interna

A existência de programa de actividades nos serviços privativos ou internos é mais comum que nas restantes modalidades de organização de serviços de MT/SHST/SO e está maioritariamente escrito e aprovado superiormente (**Quadro 71**).

**Quadro 71 – Tipo de SMT e o programa de actividades**

Tipo de Serviço de MT/SHST/SO		Programa de actividades (2000)				
		Não tem	Tem escrito	Tem escrito e aprovado superiormente	Outro	Total
Privativos da empresa (interno)	n %	13 31,7	7 17,1	20 <b>48,8</b>	1 2,4	41 100
Outros	n %	19 36,5	8 15,4	20 38,5	5 9,6	52 100
TOTAL	n %	32 34,4	15 16,1	40 43,0	6 6,5	93 100

Os serviços de MT/SHST/SO privativos ou internos têm mais frequentemente orçamento próprio quando comparados com as restantes modalidades de organização de serviços (**Quadro 72**).

**Quadro 72 – Tipo de SMT e orçamento próprio**

Tipo de serviço de MT/SHST/SO		Orçamento próprio (2000)		
		Tem	Não tem	Total
Privativos da empresa (interno)	n %	21 <b>52,5</b>	19 47,5	40 100
Outros	n %	24 48,0	26 52,0	50 100
TOTAL	n %	45 50,0	45 50,0	90 100

A generalidade dos serviços de medicina do trabalho elabora relatórios de actividades fazendo-o independentemente da modalidade de organização do mesmo (**Quadro 73**).

**Quadro 73 – Tipo de SMT e o relatório de actividade**

Tipo de serviço de MT/SHST/SO		Relatório de actividades (2000)		
		Tem	Não tem	Total
Privativos da empresa (interno)	n %	36 90,0	4 10,0	40 100
Outros	n %	46 88,5	6 11,5	52 100
TOTAL	n %	82 89,1	10 10,9	92 100

Os serviços privativos ou internos apresentam maioritariamente três a dez sugestões por ano de alterações das condições de trabalho, conquanto as outras modalidades de organização de serviços apresentam mais de dez sugestões ano (**Quadro 74**).

**Quadro 74 – Tipo de SMT e o número de sugestões de alterações das condições de trabalho**

Tipo de Serviço		Número de sugestões de alterações das condições de trabalho (2000)				
		Nenhuma	Menos de três	Três a dez	Mais de dez	Total
Privativos da empresa (interno)	n %	3 7,3	3 7,3	18 <b>43,9</b>	17 41,5	41 100
Outros	n %	3 5,8	6 11,5	18 34,6	25 <b>48,1</b>	52 100
TOTAL	n %	6 6,4	9 9,7	36 38,7	42 45,2	93 100

A maioria das sugestões de melhoria das condições de trabalho apresentadas recebe resposta positiva das administração independentemente da natureza ou modalidade do serviço de MT/SHST/SO (**Quadro 75**).

**Quadro 75 – O tipo de serviço de MT e a resposta das administrações às sugestões de melhoria das condições de trabalho**

Tipo de Serviço		Sugestões respondidas (2000)			
		À maioria	A algumas	A nenhuma	Total
Privativos da empresa (interno)	n %	18 46,1	20 <b>51,3%</b>	1 2,6%	39 100%
Outros	n %	21 41,2%	28 <b>54,9%</b>	2 3,9%	51 100%
TOTAL	n %	39 43,3%	48 53,4	3 3,3%	90 100%

A distribuição percentual do tempo semanal dedicado às actividades de medicina do trabalho apresenta algumas diferenças com relação à modalidade de organização dos serviços de MT/SHST/SO onde os médicos do trabalho desempenham as suas funções (**Quadro 76**).

Os exames de vigilância médica ocupam mais tempo aos médicos do trabalho quando exercem em serviços externos ou mistos. É nos serviços inter-empresas, seguido dos serviços internos, que se fazem mais visitas ao local de trabalho e vigilância ambiental. A educação e promoção da saúde no local de trabalho é praticada preferencialmente nos serviços internos.

Entre os serviços internos e externos existem algumas diferenças nas actividades dos exames de vigilância de saúde e da organização e gestão de serviços mais valorizadas pela modalidade de serviços externos instituída pela nova legislação. Na promoção e educação para a saúde estes últimos apresentam o valor mais baixo entre todas as modalidades de organização dos cuidados de MT/SHST/SO.



**Quadro 76 – Modalidade de SMT e a distribuição média percentual das actividades de medicina do trabalho**

Modalidade de Serviço		Actividades de medicina do trabalho em percentagem semanal (2000)				
		Exames médicos Vigilância Médica	Visita às instalações Vigilância ambiental	Cuidados médicos de base	Organização de acções e Gestão do S.M.T.	Promoção da Saúde
Privativos da empresa (interno)	n %	38 51,1	38 14,3	34 13,8	32 11,8	36 <b>12,7</b>
Comum inter-empresas	n %	6 50,0	5 <b>20,0</b>	6 6,7	5 <b>16,0</b>	5 15,0
Serviços externos	n %	17 54,4	17 13,7	12 13,8	16 15,5	15 7,3
Outros (misto)	n %	25 <b>58,7</b>	24 9,0	21 <b>15,3</b>	22 10,6	24 9,0
TOTAL	n %	86 53,9	82 12,9	73 13,6	75 12,5	80 10,7

## **7. Discussão**

### **7.1. Discussão da metodologia**

No enquadramento teórico do desenvolvimento da saúde ocupacional, anteriormente apresentado, tivemos oportunidade de realçar o carácter multifactorial complexo como matriz interactiva da qual os avanços no conhecimento científico e na prática de cuidados de saúde são as resultantes. A concretização dos conhecimentos em ciências sociais apontam para a interligação entre o conhecimento científico e as condições sociais em que é produzido (Almeida; Pinto, 1995). No caso da saúde ocupacional o desenvolvimento do conhecimento e da sua aplicação prática é de natureza multifactorial sistémica e recebe influências contraditórias próprias da evolução histórica, política, social e cultural de cada sociedade ou país e que foi alvo do ensaio explicativo através do modelo constante da página 30 (**Figura 3**). De entre outros factores, a componente política ou normativa é da mais relevantes, sendo ela própria resultante de tantas outras interacções sócio-económicas e da praxis vivencial das relações trabalho/saúde no mundo laboral (Duclos, 1984; Elling, 1986; Mendes, 1988; Schilling, 1991; Dias, 1993; Rioux, 1996).

A adopção de um determinado normativo/organizativo de serviços de saúde ocupacional constitui um factor condicionante da prática profissional dos diversos técnicos de saúde ocupacional em particular dos médicos do trabalho (Faria, 1991; WHO, 1995).

O pensamento médico e a prática profissional em Medicina do trabalho no início da década de noventa, em Portugal, é também o resultado da legislação e do corpo normativo produzido e publicado a partir da década de sessenta (Graça; Faria, 1993).

Tendo-se verificado uma ampla mudança no quadro legislativo na década de 90, em que a data fronteira em termos organizativos se pode considerar o ano 1994, data da publicação da nova regulamentação dos serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho, importava conhecer e analisar as eventuais alterações no funcionamento dos serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho/Medicina do Trabalho/Saúde Ocupacional e na prática dos Médicos do Trabalho.

O desenho do estudo socorre-se do conhecimento sobre a população médica diplomada com o Curso de Medicina do Trabalho da ENSP/UNL adquirido através de questionário aplicado em dois inquéritos efectuados um antes e outro depois da data fronteira de 1994.

Segundo autores como Javeau (1978, 1992), Ghiglione et Matalon, (1997) e Quivy et Campenhoudt (1998), o uso de questionários de administração indirecta, auto preenchidos e por via postal é um método adequado para recolha de conhecimento sobre populações em estudo como a presente de 650 médicos, quer quanto às suas opiniões e atitudes quer quanto a matérias factuais da sua prática profissional. Os valores das taxas de respondentes em cada inquérito são relevantes se comparados com outros estudos orientados para a população médica (Hespanhol, 1996; Piotet et al, 1997).

A amostra do estudo, determinada à posteriori, é constituída somente pelos respondentes comuns aos dois questionários, tal modo que os dados globais iniciais de cada inquérito podem ser, eventualmente, mais representativos do universo dos diplomados. Por outro lado, esta eventual limitação da riqueza informativa é compensada pelo rigor de “submeter” a amostra de médicos respondentes a um mesmo questionário, diferido no tempo, de recolha e caracterização de opiniões e prática profissional.

A qualidade intrínseca dos questionários é garantida através da supervisão de um grupo de peritos e validada pelos resultados obtidos nos dois inquéritos, confirmando a sua sensibilidade e adequação como instrumento de recolha de informação sobre a população em estudo. Foi assim ultrapassada a dificuldade metodológica inicial da não efectivação de um ensaio piloto com este novo instrumento de recolha de dados.

Do ponto de vista metodológico, e de acordo com Emmett (1997), a amostra em estudo passa a ser considerada um “painel” representativo dos respondentes iniciais e da população em estudo (Emmett, 1997). Esta posição é suportada ainda no facto de consideradas as variáveis demográficas da idade, sexo e ano de licenciatura do curso de medicina do trabalho não existirem diferenças relevantes entre a população do painel, os respondentes do 1º inquérito em 1993 e o universo da população em estudo dos médicos do trabalho diplomados, garantindo assim a “representatividade” da amostra considerada. No entanto, são identificados sinais de uma maior adesão relativa dos médicos mais jovens, que se licenciaram depois de 1974 e que se diplomaram em medicina do trabalho depois de 1985 (**Quadros 8, 9 e 10**). Na discussão dos resultados é feita uma análise mais

aprofundada das relações entre o ano do curso de medicina do trabalho e as opiniões e as práticas profissionais em MT/SHST/SO.

Com a metodologia adoptada de seleccionar os respondentes comuns a um mesmo questionário em tempos diferentes tentou evitar-se o problema da perda de seguimento dos estudos prospectivos baseados em painel de inquiridos e garantiu-se a “neutralização” de um conjunto de variáveis caracterizadoras dos respondentes (Ghiglione; Matalon, 1997).

Os inquéritos foram editados pela ENSP/UNL tendo sido identificados claramente o seu responsável e os objectivos a atingir, com vista a garantir a credibilidade do processo e proporcionar a necessária atmosfera de confiança aos inquiridos de modo que as respostas pudessem ser consideradas representativas (Quivy; Campenhoudt, 1998). No entanto, nas questões claramente de opinião, não se pode excluir que este mesmo conhecimento do inquiridor e do seu pensamento anteriormente exposto no processo de ensino da ENSP, não tenha influenciado as respostas, tanto mais que os inquiridos podem conhecer as respostas esperadas. Tal tipo de resposta de conveniência deve ser tida em conta na contextualização da análise dos resultados, conquanto este possível viés, a manter-se constante nos dois questionários, não terá tido influência relevante nas mudanças de opinião e nas respostas objectivas sobre a prática profissional dos médicos do trabalho.

O presente estudo descritivo de dois fenómenos contemporâneos mutuamente influentes não tem como objectivo avaliar a associação, eventualmente causal, entre a “mudança da legislação e da organização dos serviços de saúde ocupacional” e “as alterações de opinião e ou de prática profissional dos médicos do trabalho incluídos no painel”. No período entre inquéritos, 1993 a 2000, registaram-se outras alterações nas “variáveis” inter presentes no processo do desenvolvimento histórico da saúde ocupacional nomeadamente: (1) a evolução das forças produtivas com aumento da população activa empregada, um maior assalariamento com vínculos precários e uma atomização do tecido empresarial; (2) o aprofundamento da informação e da formação sobre os modernos conhecimentos sobre os factores de risco profissional, com a multiplicação de cursos e acções de divulgação entre profissionais e parceiros sociais; (3) a influência dos organismos internacionais com especial ênfase para a União Europeia, a OMS e a OIT que fizeram publicar na década de noventa numerosos estudos, projectos e propostas com

vista à melhoria das condições de trabalho. No entanto, a prática da medicina do trabalho está muito interligada, historicamente, à obrigatoriedade legal do seu exercício pelo que podemos considerar menos relevante a influência daqueles factores e valorizar as alterações de política expressas nas mudanças legislativas e o empenhamento das estruturas do poder e dos actores do mundo do trabalho em as aplicar, como elemento essencial na evolução do pensamento e da prática profissional dos médicos do trabalho diplomados pela ENSP até 1991.

## **7.2. Dos resultados**

### **7.2.1 Política, organização e desenvolvimento da MT/SHST/SO**

A definição de política de saúde ocupacional a nível nacional, regional e de empresa é hoje um quesito ou condição essencial ao desenvolvimento de serviços e cuidados de saúde dirigidos aos trabalhadores. Este objectivo tem sido explicitado em documentos de política de organismos internacionais como as Metas de Saúde para todos no ano 2000 da Região Europeia, meta 25 (OMS, 1985) e da Convenção n.º 161 da OIT referente à organização de serviços de saúde ocupacional (OIT, 1985a) e na Estratégia Global de Saúde Ocupacional para Todos: o caminho para a saúde no trabalho (WHO, 1995). Em Portugal, alguns estudos e textos apontam para definições explícitas da política de saúde ocupacional como imperativo nacional (Faria et al 1985; BIT, 1985; Santos; Faria, 1988; Faria, 1991; Faria, 1994; Santos, 1998; Graça, 1999).

*O presente estudo visava, como uma das suas questões centrais, descrever em que medida a publicação, em 1994/1995, da nova legislação sobre organização de cuidados de saúde ocupacional foi acompanhada de alterações de opinião dos médicos do trabalho sobre as políticas, a organização e o desenvolvimento da MT/SHST/SO a nível nacional e de empresa.*

Os resultados obtidos pelo trabalho de campo mostram que os médicos do trabalho continuam a considerar, maioritariamente, que a Política Nacional de MT/SHST/SO não está claramente definida apesar da evolução positiva e significativa, entre inquiridos. Com o novo enquadramento legislativo os médicos respondentes invertem a opinião e passam a

considerar que a legislação sobre MT/SHST/SO está actualizada e que o papel e as funções dos médicos do trabalho estão bem definidas.

Aos aparentes progressos na super estrutura política e organizativa nacional da saúde ocupacional, na década de noventa, é contraposta uma regressão não só na definição e formalização das políticas, como na sua aplicação prática ao nível das empresas.

Na definição e implementação da política de MT/SHST/SO os médicos diplomados atribuem a primeira prioridade à formação dos profissionais de saúde ocupacional, a segunda prioridade, à revisão da organização da higiene e segurança, a terceira prioridade, à promoção do ensino de SO a todos os níveis e a quarta prioridade à reorganização dos serviços de MT/SO.

Estas prioridades são idênticas em ambos os inquéritos. Não se alterou a opinião dos médicos do trabalho na selecção das primeiras quatro prioridades que incluem duas medidas de formação, dos profissionais e em geral (1ª e 3ª prioridade) e duas medidas de organização, nomeadamente, da higiene e segurança e da medicina do trabalho (2ª e 4ª prioridade).

A manutenção destas últimas prioridades especificamente sobre organização de serviços mostra que os respondentes do painel não deram valor relevante à revisão da organização de serviços de MT/SHST/SO de 1994/1995, o que põe em causa a real efectividade destes instrumentos normativos. De certo modo estas dúvidas são confirmadas pelo primeiro objectivo do Plano Nacional de Acção para a Prevenção (PNAP), que pretende apurar o impacto da legislação existente, nas empresas e da respectiva eficiência no domínio da prevenção dos riscos profissionais. O PNAP faz parte integrante do segundo Acordo Sobre Condições de Trabalho, Higiene e Segurança no Trabalho e Combate à Sinistralidade e foi assinado pelos parceiros sociais em Fevereiro de 2001 (Portugal, 2001).

A reorganização dos serviços estatais de SO, colocada em sexta prioridade no inquérito de 1993, sobe para quinta prioridade no inquérito de 2000, por troca com a revisão do estatuto e a carreira de médicos do trabalho. A descida, estatisticamente não significativa, de prioridade desta medida dirigida aos médicos do trabalho poderá relacionar-se,

parcialmente com a evolução positiva da sua opinião sobre a definição do papel e das funções do médico do trabalho.

A política de promoção da saúde no local de trabalho, apesar de merecer uma prioridade baixa, 8ª no inquérito de 1993, sobe para 7ª prioridade no inquérito de 2000, ficando longe da perspectiva daqueles que consideram esta área determinante para o desenvolvimento da nova saúde ocupacional (Graça, 1999). A OMS na sua Estratégia Global de Saúde Ocupacional para Todos coloca a promoção da saúde na terceira prioridade entre dez (WHO, 1995)

De realçar que a medida de apoio à investigação em SO fica colocada em última prioridade em ambos os inquéritos, o que traduz uma subvalorização do aprofundar dos saberes em saúde laboral tendo por base a premência de desenvolver os serviços e os recursos e aplicar os conhecimentos já existentes nesta área. Esta posição é secundada pela Rede de Centros Cooperativos da OMS na área da SO (WHO, 1999; 2002). Os desafios futuros da saúde dos trabalhadores vão determinar um muito maior investimento na investigação não só das relações trabalho e saúde como na melhoria da qualidade e pertinência dos cuidados a prestar aos trabalhadores e ao mundo do trabalho, para além do estudo da interacção com outras vertentes políticas, económicas e sindicais. (Westerholm, 1999).

Em 1993, a opinião dos médicos do trabalho sobre qual a modalidade de organização de serviços que maior cobertura de população activa asseguraria orientava-se, maioritariamente, para o “sistema de serviços privativos e comuns de empresas mais serviços estatais baseados nos cuidados primários (55,7%). Em 2000 esta modalidade ainda é considerada relevante (41,5%). A redução da opção por esta modalidade, no período em análise, foi contrabalançada pela escolha do sistema de serviços privativos e comuns de empresa (internos) mais a de empresas privadas prestadoras de serviços de SHST (externos). Esta alteração da opinião vai ao encontro do conteúdo da nova legislação que dá ênfase às empresas prestadoras de serviços de segurança, higiene e saúde no trabalho orientadas, preferencialmente, para as pequenas e médias empresas.

Concomitantemente, não é modificado o papel atribuído, pelos membros do painel, aos serviços de SO dos centros de saúde que continua a ser, maioritariamente, de natureza complementar (59,7%, 1993; 58,3%, 2000). De realçar que a opção por não atribuir

qualquer papel aos serviços estatais mantém-se como uma segunda opção com um peso importante (19,5%, 1993; 18,8%, 2000). Estas respostas confirmam as potencialidades de ser bem aceite e ser efectiva a aplicação em Portugal do modelo misto de serviços de MT/SHST/SO preconizado por alguns autores como o mais favorável ao tecido empresarial nacional (Faria et al, 1985). Esta possibilidade estava presente no sistema de saúde nas décadas de setenta e oitenta, ainda que de forma fragmentária, e a nova legislação de noventa abre espaço para a prestação directa, pelo Serviço Nacional de Saúde, de cuidados de saúde ocupacional aos trabalhadores independentes e, mais recentemente, às pequenas empresas com nove ou menos trabalhadores (Decreto Lei, 109/2000)

A legislação de organização de cuidados de segurança, higiene e saúde no trabalho de 1994/1995, alterou significativamente a natureza jurídica dos serviços de MT/SHST/SO com clara redução da modalidade de serviços próprios de empresa e a sua substituição por empresas externas prestadoras de serviços. Este processo parece estar em curso e os médicos do trabalho estão a adaptar-se à nova situação de transição de tal modo que uma percentagem significativa destes profissionais (28,7%), desempenha concomitantemente funções nas duas modalidades principais, serviços internos e serviços externos. A mudança organizacional dos serviços de MT/SHST/SO é acompanhada de forma limitada pela de mudança de opinião ou da prática profissional dos médicos do trabalho.

A nova perspectiva da saúde ocupacional, vista a partir das empresas pelo lado dos médicos do trabalho, apresenta alguns traços pouco favoráveis como a menor definição e formalização das políticas de MT/SHST/SO, a continuação do não cumprimento da legislação, o não facultar de boas condições de exercício profissional e, como consequência, uma menor crença nas vantagens para as empresas e para os empregadores deste tipo de serviços. Objectivamente, a organização dos serviços de saúde ocupacional tem evoluído para a modalidade de serviços externos, quer de saúde quer de higiene e segurança, e mostra alguns sinais de desempenho, na perspectiva dos médicos do trabalho, menos favoráveis que os serviços internos o que confirma as observações de outros estudos internacionais (Rantanen, 1990; 2001; Rantanen; Westerholm, 2001).

A forma como os médicos de trabalho encaram o desenvolvimento futuro de MT/SHST/SO não se alterou com a publicação da nova legislação. Mantém-se a urgência



da definição de uma política de saúde nos locais de trabalho para além da clarificação da política nacional de saúde ocupacional.

As expectativas elevadas ou muito elevadas de influência de organismos internacionais como a Comunidade Europeia, a Organização Mundial de Saúde e Organização Internacional do Trabalho, na evolução da MT/SHST/SO portuguesa mantêm-se nos dois inquéritos.

Ao nível da Comunidade Europeia a produção de normativos e orientações técnicas na área de saúde ocupacional, na década de 90 foi muito elevada. Também os resultados práticos não corresponderam igualmente ao esperado (Rantanen; Westerholm, 2001).

No que se refere ao controlo externo da actividade dos serviços de MT/SHST/SO por outros órgãos das empresa verificou-se um significativo retrocesso no período estudado mantendo-se, no entanto, maioritária a opinião de que os instrumentos de gestão dos serviços, programas e relatórios, devem ser sujeitos à apreciação das estruturas existentes nos locais de trabalho. Apesar do menor controle no período em análise os inquiridos manifestaram opinião mais favorável a uma responsabilização mais individualizada dos empregadores não só no acompanhamento das actividades dos serviços como do seu financiamento. As premissas de responsabilização exclusiva das entidades patronais pela organização e financiamento dos serviços fazem parte de todos os documentos técnicos e legais, nacionais e internacionais, desde o início da medicina do trabalho clássica pelo que se estranha o manter-se, entre os médicos inquiridos, estas opiniões ainda que em franca evolução.

Em resposta à questão em aberto colocada no plano inicial de investigação, podemos afirmar que o modelo de organização de serviços de medicina do trabalho e a política de saúde ocupacional inerentes à nova legislação estão desfasados do sentir dos médicos do trabalho. Não correspondem à solução de um sistema misto, flexível e integrado de organização de serviços MT/SHST/SO de acordo com o contexto de desenvolvimento sócio-económico e científico nacional e enquadrado numa política explícita de saúde ocupacional com intervenção do Serviço Nacional de Saúde. Esta perspectiva de política de saúde dos trabalhadores tem sido defendida por diversos autores nacionais,(Faria et al, 1985), bem como pelo próprio (Santos; Faria, 1988; Santos 1988, 1998, 2001), recebendo a opinião favorável maioritária dos médicos do painel, nos dois anos do estudo. Aquele

ponto de vista tem também numerosos defensores a nível internacional como os Finlandeses Rasanen (1993, 1997) Rantanen (1990, 1992, 2001), Husman (1993), Husman e Lamberg (1999), os holandeses Westerholm (1997, 1999) Van Dijk (1995) e outros como Walters (1997).

Tendo em conta o modelo explicativo da evolução histórica da saúde ocupacional adoptado neste estudo, podemos constatar que o novo modelo organizativo dos serviços de segurança, higiene e saúde no trabalho, adoptado entre nós a partir de meados da década de noventa, não levou em linha de conta:

- a evolução das forças produtivas nacionais e as novas questões demográficas do mundo laboral com especial ênfase para a terciarização global da economia, a atomização das empresas, o assalariamento e a precarização crescente da população activa portuguesa;
- o potencial contributo dos médicos do trabalho com a sua experiência e práticas profissionais fortemente influenciadas pelo modelo legal em vigor durante cerca de trinta anos;
- os contributos internacionais da OMS e da OIT que a partir da década de oitenta têm vindo a actualizar os conceitos sobre a filosofia e as políticas para a nova saúde ocupacional, multidisciplinar, prestadora de cuidados integrados visando a humanização do trabalho e a promoção da saúde dos trabalhadores;
- que o modelo adoptado no nosso país tem implícito uma visão do trabalho e dos trabalhadores desfasado dos conceitos e valores enriquecedores da actividade humana e renova velhas perspectivas *tayloristas* e empobrecedoras dos produtores;
- o conhecimento sobre os riscos profissionais, que contrariando a evolução do conhecimento científico, se tem mantido, entre nós, quase sempre escasso e em algumas situações tem mesmo regredido, não foi tido em conta na definição de objectivos de ganhos em saúde laboral nem no estabelecimento de prioridades;
- que a participação formal dos actores do mundo do trabalho na discussão e aprovação da nova política não se traduziu em real influência na adaptação das

medidas legais à realidade portuguesa, as quais, em última instância, não foram levadas à prática pelas estruturas do poder político, contribuindo para que este factor determinante do desenvolvimento histórico da saúde ocupacional ficasse também por cumprir.

### **7.2.2 Papel e funções dos médicos do trabalho de empresa**

O conhecimento e a comparação das opiniões dos médicos do trabalho sobre o seu papel, funções e estatuto profissional, antes e depois da mudança legislativa, visava testar em que medida o seu grau de satisfação relativamente ao modo de exercício da profissão se alterou no período em análise.

A insegurança quanto às condições gerais do exercício manifestada pelos médicos do trabalho não se altera, no essencial, com a nova legislação. Verifica-se, no entanto, que a maioria dos membros do painel concordam, total ou parcialmente, com a afirmação de que a legislação actual define bem o papel e as funções do médico do trabalho. No que se refere às garantias de exercício profissional, nomeadamente independência técnica e deontológica, sigilo profissional e contrato escrito, os médicos do trabalho consideram que estas continuam a não estar contempladas na nova legislação.

A percepção dos médicos do trabalho quanto ao estatuto profissional não se alterou no período em estudo e continua fortemente discordante de que seja muito elevado. A insegurança sentida poderá estar, eventualmente, relacionada com a actividade crescente em diferentes modalidades de serviços que não os serviços internos. Esta preocupação é igualmente referida em estudos sobre os médicos do trabalho franceses, ingleses, americanos e japoneses. Piotet et al (1997) em França, atribuem a crise de reconhecimento da medicina do trabalho e dos médicos do trabalho ao facto de serem assalariados, muitas vezes a tempo parcial (53%), cada vez menos em serviços autónomos de empresa do tipo clássico (somente 23% do total de médicos) e de a especialização em medicina do trabalho parecer ser realizada por defeito. No Japão, o estatuto social do médico do trabalho é muito inferior ao de outros especialistas e é generalizada a incompreensão dos gestores no que se refere à medicina do trabalho e ao seu papel (Tsuchiya, 1991). Cerca de 25% dos especialistas em medicina do trabalho americanos está fora da actividade e dos activos, somente 37,3% trabalha nas empresas. Os mais novos preferem as clínicas e os grupos clínicos. Mais de um terço trabalha no ensino

universitário e para o governo (Pransky, 1990). Na Grã Bretanha, 28% dos médicos do trabalho não exercem e, dos que o fazem, 42% praticam a medicina do trabalho a meio tempo ou menos. O SNS inglês tem ao seu serviço 18 % destes profissionais (Agius et al, 1993). Num estudo de caso no Canadá, da responsabilidade de Walters (1984) concluiu-se que os médicos do trabalho não tinham boa imagem e a sua actividade não era enquadrada numa verdadeira carreira. O seu trabalho era rotineiro afastado da clínica, com baixo estatuto entre a classe médica, mas também, incompreendidos pelos trabalhadores que os consideravam incompetentes e orientados para os interesses dos empregadores. Os programas de formação atraíam muito dificilmente bons médicos (Walters, 1984).

A clara discordância quanto à suficiência de médicos do trabalho diplomados para as necessidades do país mantém-se em ambos os inquéritos. A população de médicos do trabalho diplomados pelas universidades portuguesas quase duplicou no intervalo, entre 1993 e 2000, pelo que se desconhecem os critérios ou as razões que fundamentam a manutenção desta posição. Parece existir uma aparente incongruência entre esta opinião de insuficiência de médicos do trabalho e a baixa prioridade que é atribuída à formação dos mesmos (5<sup>a</sup>), atrás da generalidade dos outros profissionais de SO, em ambos os anos em análise. Esta divergência de opinião merecia, sem dúvida, um estudo mais aprofundado, a desenvolver futuramente.

A questão crítica que se levanta não será tanto se o número de médicos do trabalho é insuficiente mas se o seu aproveitamento profissional é limitado, visto que 20,3% e 26,3% dos médicos do painel responderam não exercer medicina do trabalho aquando do inquérito de 1993 e 2000 respectivamente. Acresce ainda que, dos médicos que exercem, metade depende 20 ou menos horas semanais e um quarto trabalha 10 ou menos horas por semana .

Em 1982, os valores dos que não exerciam (34,6%), ou que o faziam em horário semanal igual ou inferior a 20 horas (73,4%), eram superiores aos valores encontrados em ambos os inquéritos do presente estudo (Faria et al, 1985). Os médicos com actividade muito parcelar em medicina do trabalho, dez ou menos horas por semana, mantêm-se em valores idênticos 24,1%, em 1982, 25%, em 2000.

O contributo de outros profissionais de saúde ocupacional é muito valorizado pelos médicos do trabalho e não apresenta relação directa com a legislação. Esta opinião está em consonância com a prática de trabalho conjunto com outros técnicos como é referido por 75% dos médicos e poderá eventualmente corresponder a uma abertura ao trabalho de equipa, contrariando a perspectiva *isolacionista* dos médicos do trabalho, únicos profissionais na legislação de sessenta, e a *fraccionista* dos anos 90 que separa a vigilância médica ou de saúde da vigilância ambiental.

Com o novo edifício legislativo não se alterou significativamente a opinião dos inquiridos sobre a estruturação interna das vertentes básicas dos serviços - medicina do trabalho e higiene e segurança do trabalho. Mantém-se ligeira supremacia da opção por serviços autónomos com coordenação funcional em relação a integração num só serviço. A intervenção global, multidisciplinar é a preconizada pelos organismos internacionais como a única que pode integrar as componentes biomédicas e ambientais do trabalho (OIT, 1985; Rantanen, 1990; WHO, 1995; Rantanen; Westerholm, 2001)

Os médicos do trabalho do painel percepcionaram a sua actividade como indo ao encontro dos interesses das empresas e dos empregadores, no entanto, verifica-se uma evolução significativa para um menor grau de concordância, o que poderá estar relacionado com a menor definição e formalização da política de MT/SHST/SO e o reiterado não cumprimento da legislação, ao nível de empresa. As dúvidas crescentes sobre o papel e funções da medicina do trabalho identificadas noutros países como os Estados Unidos da América e a França aparecem ligadas à mudança de modalidade de exercício, com o desenvolvimento e a concentração das empresas ou clínicas prestadoras autónomas de cuidados de saúde ocupacional (Pransky, 1990; Piotet et al, 1997).

### **7.2.3 Formação e ensino em medicina do trabalho**

Conhecer em que medida a mudança legislativa foi acompanhada de alteração do nível de satisfação dos diplomados em MT da ENSP/UNL, com algum tipo de actividade profissional nesta área, quanto à sua formação especializada, formal e informal, e às suas necessidades sentidas na prática profissional, era uma das questões centrais colocada à partida a que o presente estudo pretende responder.

O nível de participação dos diplomados de medicina do trabalho em exercício em acções de formação e actualização continua muito elevado, comprovando a grande apetência deste grupo profissional para acções de formação contínua complementar do ensino básico, a exemplo do que se verifica internacionalmente (Phoon, 1995; Piotet et al, 1997). Tendo em conta a história do ensino da medicina do trabalho em Portugal podemos constatar que são os médicos activos formados depois de 1974, até à reestruturação do Curso de Medicina do Trabalho de 1985, que mostram uma participação mais regular em acções de formação, ainda que em declínio no período em análise. Os diplomados mais antigos no activo participam cada vez menos em acções de formação ao contrário dos mais jovens que, em 2000, se aproximam do nível de participação dos formados logo depois de 1974. A redução global de participação tem componentes contraditórias pelo que a hipótese de que a nova legislação, e o tipo de organização de serviços que lhe está afectada, ter diminuído as facilidades de participação em acções de formação não está comprovada.

Os médicos do trabalho em exercício atribuem à formação recebida no Curso de Medicina do Trabalho muita ou bastante importância com tendência para uma maior valorização (estatisticamente não significativa) no segundo inquérito, à custa essencialmente da classe dos diplomados mais jovens.

A classificação atribuída ao ensino sobre os diversos temas leccionados no Curso de Medicina do Trabalho é valorizada, em geral, como positiva em ambos os inquéritos.

A ordenação das classificações atribuídas, em 1993, coloca a Bioestatística aplicada à MT, a Patologia e Toxicologia Profissionais, a Prevenção Médica dos Riscos Profissionais e o Planeamento, Organização e Gestão de serviços de MT nos quatro primeiros lugares.

Em 2000, os temas são reordenados e a Patologia e Toxicologia Profissionais obtém a melhor classificação, com uma diferença estatisticamente significativa e o Planeamento, Organização e Gestão de serviços de MT supera a Prevenção Médica dos Riscos Profissionais.

A Promoção e Educação para a Saúde no Trabalho foi o tema classificado em último lugar 1993. Em 2000, progride para 7º lugar. Trata-se de uma diferença com significado estatístico.

No que se refere à classificação e ordenação das necessidades formativas tanto em 1993 como em 2000 os médicos do trabalho valorizam o tema da Patologia e Toxicologia Profissionais como o mais relevante. Consideram ainda necessidades formativas prioritárias as áreas da Prevenção Médica e da Prevenção Técnica dos Riscos Profissionais e a Epidemiologia das Doenças Profissionais e dos Acidentes de Trabalho. A necessidade formativa na área do Planeamento, Organização e Gestão de Serviços de MT desce significativamente de 1993 para 2000 (da 2ª para a 6ª posição).

O tema da Patologia e Toxicologia Profissionais é a área, globalmente, mais valorizada quer ao nível da formação recebida no Curso de Medicina do Trabalho, quer das necessidades formativas futuras. O padrão de valorização por ano de curso mostra que são os diplomados mais antigos e os mais novos que atribuem a melhor classificação ao ensino e em crescendo à medida que se distanciam, no tempo, da presença na ENSP/UNL. A classe dos diplomados em exercício profissional de 1986-1991 atribui em 2000 a classificação mais elevada, média de 3,95. Esta apreciação é compatível com as dificuldades porque passou o ensino desta área depois de 1974 até à sua reestruturação completa, concomitante com a profunda remodelação curricular do CMT em 1985.

As necessidades formativas, neste tema, têm uma classificação superior ao ensino em ambos os anos do estudo e traduzem a perspectiva dos médicos do trabalho preferencialmente diplomados depois de 1974. Até que ponto estas apreciações poderão traduzir um aprofundamento do contacto com a realidade do mundo laboral em transformação onde as “novas patologias” irrompem sem que os “velhos riscos profissionais” estejam controlados é assunto que deveria merecer investigação complementar com participação dos profissionais, de maneira a estabelecer objectivos educativos precisos, observáveis e mensuráveis que respondam simultaneamente às exigências normativas e às necessidades do dia a dia. (Guilbert, 1978; Abrantes 1989; Van Dijk, 1995).

O tema do Planeamento, Organização e Gestão de Serviços de MT apresenta uma avaliação do ensino razoável, com evolução positiva no período em estudo mais

valorizada pelos diplomados antes de 1974, nomeadamente no inquérito de 2000. No que se refere às necessidades formativas cuja classificação supera a do ensino verifica-se que em 1993 são os médicos mais jovens que melhor a valorizam e em 2000 os mais velhos. Mas a alteração mais relevante é a diminuição clara das necessidades formativas nesta matéria dos diplomados depois de 1974, colocando a questão até que ponto a mudança legal da estrutura dos serviços MT/SHST/SO limitou o interesse formativo quanto ao seu planeamento, organização e gestão.

A Promoção e Educação para a Saúde como área de formação futura é razoavelmente valorizada pelos médicos do trabalho em ambos os inquéritos, em contraste com a menor classificação do ensino ministrado. São os diplomados antes de 1974 que mais valorizam, quer o ensino, quer as necessidades formativas neste tema. A Promoção e Educação para a saúde em MT é um tema em valorização crescente com progressos relevantes na formação recebida e nas necessidades formativas no período em análise, correspondendo à nova filosofia, conteúdos e práticas da *nova saúde ocupacional*. (Graça, 1999; WHO, 1999)

A Bioestatística aplicada à MT é dos temas mais valorizados no ensino ministrado no curso da ENSP/UNL, tanto em 1993 como em 2000, mas apenas pelo diplomados depois de 1974. Os médicos com formação até 1974 têm uma visão claramente negativa do ensino nesta matéria. Estas apreciações poderão estar relacionadas com os diferentes tipos de ensino praticados. Como necessidade formativa, a Bioestatística é classificada em último lugar em ambos os inquéritos, uniformemente pelas três classes de diplomados, traduzindo o menor interesse pela formação complementar nesta área.

A complexidade das relações entre a mudança legislativa da organização de cuidados de segurança, higiene e saúde no trabalho, a política que lhe é inerente, a organização real dos serviços de saúde ocupacional e a prática no terreno dos médicos do trabalho torna difícil estabelecer a adequação da formação especializada, formal e informal, necessária ao cumprimento das funções definidas normativamente e às necessidades do dia-a-dia nas muito diversas situações de trabalho. Pelo que a procura da excelência e a garantia da pertinência dos curricula escolares e da formação contínua necessita de uma abordagem global, com intervenção dos parceiros sociais e dos profissionais e suas associações em cooperação com os meios académicos a quem caberá a renovação contínua dos conteúdos



e dos métodos afim de acompanhar as mudanças permanentes do mundo do trabalho (Walters, 1984; Dijk, 1995; WHO, 1999).

#### **7.2.4 Prática profissional e nível de actividade em medicina do trabalho**

Um dos objectivos primordiais do presente estudo era descrever a prática profissional específica da medicina do trabalho, antes e depois da mudança legislativa de 1994/1995, tendo em vista investigar a evolução e as eventuais alterações da efectividade do desempenho dos médicos do trabalho diplomados pela ENSP/UNL.

No conjunto, os médicos do trabalho constituintes do painel em estudo diminuíram a sua actividade entre os dois inquéritos atingindo os inactivos cerca de um quarto do total. A percentagem de inactividade progride tanto mais quanto mais antiga é a formação e agrava-se no período em análise de tal modo que cerca de 44% dos diplomados antes de 1974 não exerce contra 12% do formados depois de 1985. A razão principal evocada foi a opção por outra actividade que não a medicina do trabalho, seguida de outros motivos e só em terceiro lugar é referida a reforma ou retirada da actividade. A dificuldade ou impossibilidade de colocação satisfatória deixou de ser um motivo relevante para o não exercício profissional no período em análise.

Dos respondentes que não exerciam medicina do trabalho, à data dos questionários, a esmagadora maioria já o tinha feito alguma vez. Somente uma pequena percentagem que não exerce actualmente nunca terá exercido. Entre os inquiridos aumentou o número e percentagem dos que não exercem mas diminuiu os que nunca exerceram o que poderá indicar alguma flutuação entre o exercício e não exercício profissional neste período por razões de opção profissional aparentemente não influenciada pela oferta de lugares compatíveis. O inaproveitamento absoluto da formação recebida na ENSP poderá assim estimar-se em cerca de 15% dos inactivos.

Dos médicos do trabalho do painel com exercício de medicina do trabalho a maioria está inscrita no colégio de medicina do trabalho, (64%). A situação é totalmente diferente da que se verificava em 1993, onde somente 19% estava inscrita. Esta diferença está directamente relacionada com a abertura extraordinária à admissão por consenso no Colégio de Medicina do Trabalho da Ordem dos Médicos.

A generalidade dos médicos do trabalho em exercício (68,8%), possui outra especialidade médica, situação que já se verificava em 1993 e que se aproxima de idêntica realidade dos Estados Unidos da América e da Grã Bretanha (Pransky, 1990; Agius, 1993). Neste contexto profissional a não definição da carreira médica de medicina do trabalho com estatuto idêntico a outras especificidades cria as condições para o abandono da prática ou a opção pelo seu exercício a tempo parcial complementar de outra actividade clínica.

O tempo de exercício da medicina do trabalho não sofreu alterações no período em estudo, médias de 20,9 horas e 22,3 horas semanais em 1993 e 2000, com moda e mediana igual a 20, o que mostra a nula influência da nova legislação no tempo de trabalho médico, conquanto se tenha verificado alteração na modalidade de desempenho profissional. O padrão horário do exercício da MT manteve-se inalterado, cerca de 58% dos profissionais médicos dedicam 20 ou menos horas semanais a esta actividade. É entre os diplomados de 1975 a 1985 que se encontra a maior percentagem de médicos do trabalho com horários superiores a 20 horas semanais (47%) que, no período em estudo, evolui para um reforço da actividade dos diplomados mais recentes em detrimento dos restantes.

A prática profissional da medicina do trabalho na modalidade de “medicina do trabalho de empresa” (Serviços internos e externos) sofreu uma quebra importante no período em estudo mantendo-se no entanto a forma dominante de exercício (56%), muito superior ao que se verifica nos Estados Unidos da América e na Grã Bretanha e semelhante ao que se passa em França (Pransky, 1990; Agius, 1993; Piotet, 1997). Cerca de 11% dos médicos do trabalho exerce em serviços do estado, valor este que, segundo as mesmas fontes, é inferior aos países referenciados. Na Grã Bretanha, 18% dos médicos do trabalho estão no Serviço Nacional de Saúde e nos EUA, 17% no sector académico e 16% no governo.

Os médicos de empresa deixaram no período em estudo de exercer predominantemente em serviços privativos ou internos de empresa e passaram a trabalhar noutras modalidades de organização como empresas prestadoras de serviços (serviços externos), em serviços comuns inter empresas ou em mais de que uma modalidade. À data do primeiro inquérito a quase totalidade dos médicos de empresa (93%), diplomados depois de 1974 até à grande reforma curricular do Curso de Medicina do Trabalho de 1985, desenvolviam a sua actividade em serviços privativos. Em 2000, essa percentagem desce para 43%,

optando pelo exercício em serviços externos ou serviços internos e externos. A prática profissional em serviços privativos passou a distribuir-se de forma idêntica, independentemente do ano de CMT. É a mais flagrante alteração registada no âmbito do presente estudo. No entanto, o impacto desta mudança organizacional na prática profissional parece ser ainda muito limitado como se analisa de seguida.

O número médio de trabalhadores das empresas cobertas pelos serviços de MT/SHST/SO, onde desempenham funções os médicos do trabalho em estudo, é muito elevado com uma variação positiva de 2.472 em 1993 para 3.402 em 2000, o que representa sem dúvida uma dinâmica de crescimento provavelmente à custa das empresas prestadoras de serviços. Este movimento para a concentração em grandes empresas prestadoras também foi referenciado recentemente em França (Piotet et al, 1997).

O número médio de técnicos superiores e médicos dos serviços de SO é de sete, sem alteração nos dois inquéritos, o que mostra que a organização dominante da prestação de cuidados, nas empresas onde estes profissionais exercem, continua a contar com equipas multi-profissionais, ainda que a actual legislação favoreça a intervenção mono disciplinar autónoma, não modificando radicalmente a anterior que só contemplava o profissional médico do trabalho.

A distribuição percentual do tempo de actividade do médico do trabalho mostra uma evolução inter inquéritos que se traduz numa maior atenção à execução de “exames médicos de vigilância de saúde” e à “promoção da saúde e educação sanitárias” em detrimento das “visitas às instalações da empresa e vigilância ambiental”, da execução de “exames de cuidados médicos de base” e da “organização e gestão do serviço de MT”.

Analisando mais especificamente verificamos que os médicos com desempenho semanal a meio tempo ou superior dedicam-se mais às visitas às instalações das empresas e à vigilância ambiental e à organização e gestão do SMT, enquanto os médicos a tempo parcial desenvolvem mais cuidados médicos de base. Este padrão é comum aos dois tempos do estudo. Os exames médicos de vigilância de saúde são a actividade mais desenvolvida pelo médicos a tempo parcial em 2000, ao contrário do que se verificava em 1993.

Comparando a distribuição média percentual das actividades de medicina do trabalho por tipo de serviço podemos constatar que para os exames médicos de vigilância de saúde o valor mais elevado se verifica nos serviços externos ou mistos, a promoção da saúde nos serviços internos, a visita às instalações e a vigilância ambiental e a organização e gestão do SMT nos serviços inter-empresas. As diferenças de conteúdo e prática profissional identificadas em outros estudos quanto ao tempo de exercício e modalidade de organização ainda não estão totalmente estabelecidas em Portugal, o que, eventualmente, poderá relacionar-se com o pouco tempo de vigência da legislação e a dificuldade da sua estabilização com sucessivas rectificações e, ainda, com a inadequação à realidade nacional atrás discutida (Piotet, 1997; Casparie, 1998; Conway, 1993; Rantanen; Westerholm, 2001).

Na organização interna dos serviços de MT/SHSST/SO verificaram-se algumas alterações que foram globalmente pouco significativas. A elaboração do programa anual de actividades e a sua aprovação superior tornou-se uma preocupação maioritária em 2000, (42,6%), no entanto a evolução em relação a 1993 não foi estatisticamente significativa. De notar que, à data do segundo inquérito, são os serviços onde trabalham os médicos com horário superior a 20 horas semanais que têm mais frequentemente programa de actividades escrito e aprovado superiormente, e bem como possuem orçamento próprio.

Mantém-se em 50,5% a percentagem dos serviços de MT/SHST/SO que têm orçamento. A generalidade elabora relatório de actividades, em contraste com a menor atenção ao planeamento formal. A este facto não será estranho a obrigatoriedade legal, antes e depois de 1994/1995, de apresentação de relatório anual. No entanto a execução prática desta medida legal tem estado prejudicada por falta da publicação do modelo legal a que deve obedecer o relatório dos serviços de MT/SHST/SO, só concretizado recentemente pela Portaria n.º. 1184/2002, de 29 de Agosto. Tal situação não impede que 89,2% dos médicos continue a elaborar relatórios de actividade.

A posição do médico do trabalho nos serviços de MT tem evoluído para ser cada vez menos o responsável máximo do serviço, desempenhando mais outras funções na equipa multi-profissional, situação tanto mais evidente quanto menor o horário semanal dedicado à medicina do trabalho. Estas diferenças não são ainda substanciais mas a empresarialização dos serviços, quer internos quer externos, tenderá a elevar os seus

níveis de organização formal com a colaboração de gestores não médicos do trabalho. Tal prática vai ao encontro da orientação para a menor valorização dos profissionais médicos que esteve presente na Convenção nº. 161 e na Recomendação nº. 171 de 1985 da OIT e na legislação portuguesa de 1994/1995 (Coppée, 1987; Portugal, 1997, 1999).

A maioria dos médicos do trabalho continua a referir não sentir dificuldades no funcionamento do serviço de MT/SHST/SO. O perfil do número de sugestões de alteração das condições de trabalho apresentadas superiormente não se alterou bem como o grau de resposta positiva dada pelas empresas. Apesar de tudo, são os serviços de medicina do trabalho de empresa que têm ao seu serviço médicos com horário superior a meio tempo que apresentam um maior número de sugestões de alteração das condições de trabalho, ainda que a resposta das administrações seja independente do regime de horário semanal dos médicos. Em geral são os serviços internos que têm ligeira vantagem na elaboração do programa de actividades e do orçamento o que vai ao encontro do facto de estes serviços possuírem em geral mais recursos (Graça, 1999). Nas restantes medidas de estruturação interna e funcionamento não existem diferenças assinaláveis.

Para o êxito da reforma sectorial da saúde ocupacional não basta definir um programa com um conteúdo técnico e legalmente pertinente e adequado à estrutura económica e sócio política nacional. Para além do mérito da política definida é preciso garantir o processo da sua aplicação e avaliação, clarificando a distribuição da autoridade na condução da reforma no terreno, tendo em conta os grupos de interesses, os trabalhadores, as elites políticas e os profissionais de saúde ocupacional (Figueras; Saltman; Sakellarides, 1998)

De acordo com Graça (1999), a nova saúde ocupacional constrói-se nas empresas e noutros locais de trabalho não exclusivamente por decreto ou regulamento mas como uma construção social, onde os avanços são a resultante da interacção de vários factores incluindo a intervenção dos médicos do trabalho (Graça, 1999).

Em Portugal, esta nova saúde ocupacional precisa de melhores médicos, mais dedicados, com um novo perfil científico e profissional e outras condições de exercício o que segundo Graça (1999), é um desafio, entre outros, às Universidades que os formam, às Associações que os representam, às Empresas que os contratam e à Administração Pública que os tutela.

## **8 - Conclusões e recomendações**

De acordo com os resultados apresentados e tendo em conta o modelo de enquadramento do desenvolvimento histórico da saúde ocupacional adoptado podemos concluir que:

- O edifício legislativo de saúde ocupacional construído na década de sessenta mostrou-se inadequado à realidade da economia portuguesa de então e as novas orientações normativas dos anos noventa não conseguiram, até agora, corresponder cabalmente às expectativas dos médicos do trabalho que continuam a considerar que a Política Nacional de MT/SHST/SO não está claramente definida apesar da evolução positiva recente (discordância de 69,5% em 1993 e de 53% em 2000). A este progresso na apreciação da super-estrutura política e organizativa a nível nacional foi contraposta uma regressão na definição e na formalização das políticas (concordância de 76,8%, em 1993 e discordância de 72%, em 2000) e no seu cumprimento ao nível das empresas e de outros locais de trabalho (discordância de 88% e de 85% em 1993 e 2000).
- O novo enquadramento jurídico sobre organização de serviços de SHST (Decreto Lei n.º 26/94 e Lei n.º 7/95) não foi acompanhado de alteração da opinião dos médicos do trabalho quanto à selecção das medidas prioritárias para a definição e implementação futura da Política Nacional de Saúde Ocupacional. As quatro primeiras prioridades incluem duas medidas de formação, dos profissionais e em geral (1ª e 3ª) e duas medidas de organização, da higiene e segurança e da medicina do trabalho (2ª e 4ª). Foi mantida a máxima prioridade na definição de uma política de saúde nos locais de trabalho para além da clarificação da Política Nacional de Saúde Ocupacional (concordância de 96,7% e de 97,9%, em 1993 e 2000).
- A publicação da nova legislação sobre organização de cuidados de MT/SHST/SO não reforçou significativamente as condições gerais de exercício da medicina do trabalho quanto à definição do papel e das funções do médico do trabalho (concordância de 43,5% e 54,4%, em 1993 e 2000), nem quanto ao estatuto de

remuneração e outras regalias sociais (discordância de 85,1% e 75%, em 1993 e 2000), e não contemplou mais claramente a independência técnica e deontológica, o sigilo profissional e o contrato escrito dos médicos do trabalho (discordância de 52,7% e 49,7%, em 1993 e 2000).

- Com a mudança legislativa, o papel atribuído pelos médicos do trabalho aos serviços oficiais (Centros de Saúde) na prestação de cuidados de saúde ocupacional à população activa portuguesa, continuou a ser maioritariamente complementar (59,7% e 58,3%, em 1993 e 2000). O modelo com maior possibilidade de cobertura da população activa empregada constituído por serviços internos e serviços estatais baseados nos cuidados primários de saúde continuou a ser considerado relevante (55,7% para 41,5%) mas com uma menor importância a favor do sistema de serviços de cuidados privativos e comuns (internos) e de empresas prestadoras de serviços de SHST (externos) (22,8% em 1993 e 38,7% em 2000).
- A formação recebida no curso de medicina do trabalho foi bastante valorizada pelos diplomados da ENSP/UNL. A sua importância aumentou à medida que se afastou do tempo de formação. A Patologia e Toxicologia Profissionais, a Prevenção Médica dos Riscos Profissionais, o Planeamento, Organização e Gestão de Serviços de Saúde Ocupacional foram os temas melhor classificados, quer do ponto de vista da formação, quer das necessidades formativas.
- Para os inquiridos as expectativas do contributo dos organismos internacionais como a União Europeia (muito e bastante 80,5% e 81,7%, em 1993 e 2000), e as Organização Mundial da Saúde e Organização Internacional do Trabalho (muito e bastante 56,8% e 56,7%, em 1993 e 2000) para o desenvolvimento da saúde dos trabalhadores portugueses mantiveram-se muito elevadas independentemente do processo legislativo.
- A prática profissional da medicina do trabalho na modalidade de “medicina do trabalho de empresa” (serviços internos e externos) sofreu uma quebra importante no período em estudo mantendo-se, no entanto, a forma dominante de exercício profissional (66% e 55,9%). Foram revalorizadas outras modalidades de

actividade profissional como “clínica do trabalho privada de grupos ou seguros” e “consultadoria clínica do trabalho”.

- A nova legislação alterou significativamente a natureza jurídica dos serviços de SHST onde os médicos do trabalho exercem a sua actividade, com clara redução da modalidade de serviços próprios de empresa (82,9% para 43,6%) e a sua substituição por empresas externas prestadoras de serviços (10,5% para 21,3%) ou por modalidade mista (6,8% para 28,7%). No entanto, o modo de funcionamento e a estruturação interna não foram, aparentemente, modificados. De acordo com o presente estudo, o nível de planeamento, a avaliação anual das actividades e sua orçamentação, a apresentação de propostas de alteração das condições de trabalho e a resposta dada pelas empresas mantêm-se em valores medianos, antes e depois da data charneira, 1994/1995, da mudança organizativa dos cuidados de Segurança, Higiene e Saúde dos Trabalhadores no Local de Trabalho.
- O exercício profissional da medicina do trabalho nomeadamente o tempo dedicado à actividade pelos médicos do trabalho diplomados pela ENSP, que se situa num valor médio próximo das 20 horas semanais, não se alterou entre 1993 e 2000, altura em que 58% dos médicos do trabalho em exercício dedicavam 20 ou menos horas semanais a esta actividade. Um quarto dos diplomados não exercia a Medicina do trabalho.
- No período em estudo, e como resultado da nova legislação, os médicos do trabalho de empresa passaram a trabalhar em serviços com maior número médio de trabalhadores beneficiados (2472 em 1993 e 3402 em 2000), menos em serviços internos das empresas e mais noutras modalidades de organização de serviços de SHST, actuando em equipas multi-profissionais sem variação na sua composição (cerca de 7 profissionais em média) e dedicando-se mais aos exames médicos de vigilância e à promoção da saúde em detrimento das visitas às instalações da empresa e à vigilância ambiental.



De acordo com os resultados obtidos no presente estudo projectam-se algumas recomendações genéricas tendo em vista não só dar continuidade à investigação desenvolvida mas também levar à prática as suas conclusões. Assim considera-se fundamental:

- Proceder à revisão da Política Nacional de Saúde Ocupacional de forma global e integrada considerando a legislação da organização dos cuidados de saúde ocupacional um dos instrumentos da sua aplicação. No processo de planeamento devem ser devidamente valorizados os diversos factores influentes no desenvolvimento da saúde ocupacional, tendo por base o conhecimento e a experiência nacional e internacional que apontam para um modelo de cuidados integrado, flexível participado e orientado para os ganhos em saúde ocupacional.
- Incluir no processo político de reformulação, implementação e avaliação da política de saúde ocupacional os profissionais de SHST e os principais actores do mundo trabalho nomeadamente, os representantes das associações sindicais e patronais.
- Estabelecer de forma objectiva as responsabilidades e o papel dos cuidados primários de saúde na administração de cuidados de saúde ocupacional.
- Atribuir ao desenvolvimento da saúde ocupacional na Administração Pública em geral, e nos serviços de saúde em particular, uma elevada prioridade também na perspectiva formativa e exemplificativa.
- Desenvolver um sistema de vigilância epidemiológica dos fenómenos saúde/doença relacionados com o trabalho bem como o respectivo registo e tratamento da informação, que permita avaliar os riscos reais para a saúde dos trabalhadores e estabelecer as prioridades de intervenção.
- Rever a formação e a informação em saúde ocupacional, a todos os níveis, dando especial ênfase às necessidades formais e às sentidas pelos profissionais de SHST no ensino de base e na formação contínua, em cooperação com as suas associações representativas e os centros de formação nomeadamente as Universidades.

**Resumo, Résumé, Summary**



## **Resumo**

O conhecimento das relações trabalho e saúde tem sido e vai continuar a ser a condição necessária, mas não suficiente, para a organização das medidas profiláticas das doenças e lesões relacionadas com o trabalho e com as condições em que o mesmo é efectuado e para as intervenções promotoras de saúde e bem-estar no local de trabalho. No desenvolvimento interactivo da saúde dos trabalhadores, as condições objectivas de natureza estrutural específicas do crescimento económico e do progresso das forças produtivas e das relações de produção próprias de cada país assumem um papel determinante.

Outros factores, subjectivos, ligados aos conhecimentos, experiências e organização dos parceiros sociais, dos profissionais de saúde e do poder político têm significativa influência na estruturação das intervenções formais e informais para fazer face aos problemas de saúde laboral conhecidos e valorizados em cada momento histórico.

A definição de políticas de saúde orientadas para os problemas de saúde laboral nos países desenvolvidos tem seguido um percurso evolutivo onde se identificam como factores influentes: o progresso na valorização social e filosófica do trabalho humano, a evolução dos conhecimentos sobre os riscos profissionais e a sua tomada de consciência social, a intervenção dos actores do mundo do trabalho (trabalhadores e patrões), a influência dos organismos internacionais com intervenção na área da saúde dos trabalhadores (OIT, OMS e EU), a intervenção das estruturas de poder das sociedades e, com especial destaque para o presente estudo, o contributo da medicina e dos médicos do trabalho.

O papel e a intervenção dos médicos e da medicina nas questões de saúde dos trabalhadores está intimamente ligado ao progresso do conhecimento dos riscos profissionais e tem uma evolução ao longo da história que, de acordo com o modelo explicativo desenvolvido no presente estudo, pode ser periodizada em três grandes eras ou fases: a Proto-Medicina do Trabalho com dois períodos, o primeiro desde a antiguidade até à revolução industrial inglesa do século XVIII, e o segundo incluindo o industrialismo até à Segunda Grande Guerra; o sistema Clássico de Medicina do Trabalho a partir da Segunda Grande Guerra até à década de oitenta do século XX e a Nova Saúde Ocupacional a partir desta última data e ainda em curso.

A adopção de uma prática profissional segundo um dado modelo formal ou informal de organização de cuidados de MT/SHST/SO sendo uma resultante da influência de diversos factores onde se inclui o contributo da medicina e dos médicos, torna-se, por sua vez, um contexto determinante da evolução dos conhecimentos, das atitudes e dos comportamentos dos técnicos de saúde ocupacional, bem como do seu estatuto profissional e social. A Medicina do trabalho, como especialidade médica, apresenta a característica impar de ter sido precedida por legislação ou norma e o seu desenvolvimento em Portugal, como de resto noutros países, estar claramente associado à lógica do sistema legal instituído no nosso país na década de sessenta (Medicina do Trabalho Clássica).

O presente estudo teve como finalidade descrever e comparar a opinião e a prática profissional dos médicos do trabalho diplomados pela ENSP/UNL, antes e depois da data charneira da mudança legislativa de 1994/1995, referente ao modelo legal de organização dos cuidados de Medicina do Trabalho/Saúde Ocupacional. De modo mais específico pretendeu-se verificar em que medida o novo enquadramento jurídico da MT/SHST/SO foi acompanhado de alterações: (1) na percepção do grau de satisfação dos médicos do trabalho quanto ao seu papel e estatuto profissionais; (2) no nível de satisfação relativo à formação especializada formal (CMT da ENSP/UNL) e informal, versus as necessidades da prática profissional; (3) na efectividade do desempenho profissional dos médicos do trabalho diplomados pela ENSP/UNL e (4) na adequação do novo modelo de organização de serviços de MT/SHST/SO e da política de saúde laboral que lhe está inerente, ao contexto do desenvolvimento socio-económico e científico nacional e ao sentir dos médicos do trabalho.

A amostra do estudo foi constituída pelos respondentes comuns ao questionário aplicado em dois inquéritos realizados em 1993 e 2000, dirigidos aos médicos do trabalho diplomados. O “painel” assim constituído é representativo dos respondentes iniciais e da população em estudo.

Os resultados mostram que, na opinião dos médicos do trabalho diplomados pela ENSP/UNL, o novo enquadramento jurídico sobre a organização de serviços de SHST (Decreto Lei n.º 26/94 e Lei 7/95) promoveu um progresso na super-estrutura política e organizativa a nível nacional não acompanhado por idênticos avanços na definição e formalização da política e da actividade prática ao nível das empresas. A urgência e as

prioridades na definição e implementação da política Nacional de Saúde Ocupacional mantêm-se.

Com a publicação da nova legislação as condições gerais de exercício da medicina do trabalho, o papel, as funções e as garantias de desempenho profissional dos médicos do trabalho não se alteraram. A prática profissional de “medicina do trabalho de empresa” (serviços internos e externos) sofreu uma quebra no período em estudo o que influenciou negativamente a efectividade global da acção dos médicos do trabalho diplomados incluídos no painel que mantêm maioritariamente um desempenho profissional a tempo parcial de menos 20 horas/semana.

A importância da formação ministrada pelo Curso de Medicina do Trabalho da ENSP/UNL, para a actividade de medicina do trabalho, foi em geral bastante valorizada e, no período em estudo, verificaram-se mesmo alguns progressos na classificação, em particular, das áreas da Patologia e Toxicologia Profissionais, Prevenção Médica dos Riscos Profissionais e o Planeamento, Organização e Gestão de Serviços de SO, bem como aumentou o interesse pelo tema da Promoção e Educação para a Saúde no local de Trabalho.

A nova legislação alterou a natureza formal dos serviços de SHST com clara redução da modalidade de serviços próprios de empresa (privativos ou internos) e a sua substituição por empresas prestadoras de serviços (externos), no entanto, esta nova organização não foi acompanhada de modificações no seu funcionamento interno, nomeadamente, ao nível do planeamento e avaliação anual das actividades e a apresentação de propostas de alteração das condições de trabalho. Os médicos do trabalho passaram globalmente e, de forma progressiva, a trabalhar mais em empresas de serviços externos, dedicando-se mais aos exames médicos de vigilância e à promoção da saúde em detrimento das visitas às instalações da empresas e à vigilância ambiental.

Proceder à revisão da Política Nacional de Saúde Laboral de forma global e integrada (e não somente a legislação sobre organização de serviços de saúde ocupacional), com a participação efectiva dos profissionais de saúde ocupacional, incluindo os médicos do trabalho, é um objectivo que mantém a actualidade, confirmado, politicamente, pelo mais recente acordo entre todos os parceiros sociais nesta matéria.

## Résumé

La connaissance des relations travail/santé ont été et continuent d'être la condition nécessaire, mais pas suffisante, pour la mise en œuvre de mesures prophylactiques des maladies et des lésions se rapportant au travail et aux conditions où celui-ci est effectué et pour les interventions promouvant la santé et le bien-être dans le local de travail. Les conditions objectives de caractère structurel, spécifiques à l'accroissement économique et au progrès des forces productives, aussi bien que des relations de production propres à chaque pays, assument un rôle déterminant dans le développement interactif de la santé des travailleurs.

D'autres facteurs subjectifs, liés aux connaissances, aux expériences et à l'organisation des partenaires sociaux, des professionnels de la santé et du pouvoir politique, exercent une influence remarquable sur la structuration des interventions formelles et informelles pour faire face aux problèmes de la santé au travail, connus et mis en valeur à chaque moment historique.

Dans les pays développés, la définition de politiques de santé orientées vers les problèmes de la santé au travail a poursuivi un parcours évolutif. On y identifie comme facteurs influents: le progrès dans la valorisation sociale et philosophique du travail humain, l'évolution des connaissances en matière de risques professionnels et leur prise en conscience sociale, l'intervention des acteurs du monde du travail (travailleurs et patronat), l'influence des organismes internationaux intervenant dans le domaine de la santé des travailleurs (OIT, OMS et EU), l'intervention des structures de pouvoir des sociétés, et, avec une importance toute spéciale pour cette étude, la contribution de la médecine et des médecins du travail.

Le rôle et l'intervention des médecins du travail et de la médecine dans les problèmes de santé des travailleurs se trouvent intimement liés au développement de la connaissance des risques professionnels. Ceux-là ont eu une évolution tout le long de l'histoire, qui, conformément au modèle explicatif développé dans cette étude, peut être divisée en trois grandes étapes ou phases: 1- la Proto-Médecine du Travail, y compris deux périodes — la première, depuis l'Ancien Age jusqu'à la Révolution Industrielle anglaise du XVIII<sup>e</sup> siècle, et la deuxième, y compris l'industrialisme, jusqu'à la Seconde Guerre mondiale; 2- le système Classique de la Médecine au Travail, à partir de la Seconde Guerre mondiale

jusqu'à la décennie de 80 du XXe siècle; 3 - et la Nouvelle Santé au Travail depuis lors jusqu'à présent.

L'adoption d'une pratique professionnelle conforme à un modèle donné, formel ou informel, de l'organisation de soins de MT/SHST/SO, considérée comme résultat de l'action de plusieurs facteurs, tels que la contribution de la médecine et des médecins, devient, à son tour, un contexte déterminant de l'évolution des connaissances, des attitudes et des comportements des techniciens de la santé au travail, ainsi que de son statut professionnel et social.

La Médecine du Travail, en tant que spécialité médicale, présente le trait sans égal d'avoir été précédée de législation ou réglementation, et de son développement au Portugal, comme d'ailleurs en autres pays, se trouver clairement associé à la logique du système légal institué chez nous dans la décennie de 60 (Médecine du Travail Classique).

Cette étude a eu pour but de décrire et mettre en comparaison l'opinion et la pratique professionnelle des médecins du travail diplômés par l'ENSP/UNL, avant et après la date charnière du revirement législatif de 1994/1995, pour ce qui est du modèle légal d'organisation des soins de Médecine du Travail/Santé au Travail. Plus spécifiquement, on a voulu vérifier en quelle mesure le nouvel encadrement juridique de la MT/SHST/SO aurait été accompagné de changements: (1) la perception du degré de satisfaction des médecins du travail en ce qui concerne leur rôle et statut professionnels; (2) le niveau de satisfaction quant à la formation spécialisée formelle (CMT de l'ENSP/UNL) et informelle, versus les besoins de la pratique professionnelle; l'effectivité de l'accomplissement professionnel des médecins du travail diplômés par l'ENSP/UNL et (4) l'adéquation du nouveau modèle d'organisation de services de MT/SHST/SO et de la politique de santé du travail qui lui est inhérente, au contexte du développement socio-économique et scientifique et à la sensibilité des médecins du travail.

L'échantillon de cette étude a été constituée par les enquêtes communs au questionnaire appliqué en deux enquêtes adressées aux médecins du travail diplômés, et menées en 1993 et 2000, avant et après le changement législatif en étude. Le groupement constitué de cette façon est représentatif des enquêtes initiaux et de la population-cible.

Les résultats obtenus révèlent que, d'après l'avis des médecins du travail diplômés par l'ENSP/UNL, le nouvel encadrement juridique de l'organisation de services de SHST (Décret - Loi n° 26/94 et Loi 7/95) a favorisé un développement dans la super-structure politique et organisatrice au niveau national, non accompagné d'identiques avances dans



la définition et formalisation de la politique et de l'activité pratique au niveau des entreprises. L'urgence et les priorités dans la définition et fomentation de la politique Nationale de la Santé au Travail tiennent bon.

Avec la publication de la nouvelle législation, les conditions générales de l'exercice de la médecine du travail, le rôle, les fonctions et les garanties d'accomplissement professionnel des médecins du travail n'ont pas changé.

L'exercice professionnel de la « médecine du travail des entreprises» (services internes et externes) a subi un décroissement pendant la période en étude. Cela a négativement influencé l'effectivité globale de l'action des médecins du travail diplômés inclus dans le groupement. Ceux-ci tiennent majoritairement un accomplissement professionnel dans un régime de temps partiel inférieur à 20 heures/semaine.

L'importance de la formation dispensée par le Cours de Médecine du Travail de l'ENSP/UNL pour l'exercice de l'activité de médecine du travail a été en général assez valorisée et, apparemment, la nouvelle législation et ses exigences normatives ont rendu particulièrement plus importante la classification des domaines de la Pathologie et Toxicologie Professionnelles, de la Prévention Médicale des Risques Professionnels et de la Planification, Organisation et Gestion de Services de SO et le progrès de l'intérêt à la Promotion et Education pour la Santé dans le Local de Travail.

La nouvelle législation a changé le caractère formel des services de SHST, en entraînant soit une manifeste réduction de la modalité des services appartenant à l'entreprise (privatifs ou internes), soit leur remplacement par des entreprises qui pourvoient des services (externes) sans toutefois n'y avoir eu nuls changements dans leur fonctionnement interne, nommément au niveau de la planification et de l'évaluation annuelle des activités et la présentation de propositions d'altération des conditions de travail.

Les médecins du travail ont globalement passé d'une façon progressive à travailler plutôt en entreprises de services externes, en se dévouant plutôt aux examens médicaux de surveillance et à la promotion de la santé au détriment des visites aux lieux des entreprises et de la surveillance de l'environnement.

Réviser la Politique Nationale de la Santé au Travail d'une façon globale et intégrée (et non seulement la législation relative à l'organisation des services), avec la participation effective des professionnels de la Santé au Travail, y compris les médecins du travail, est un objectif qui tient son actualité, confirmé politiquement par le plus récent accord entre tous les partenaires sociaux en cette matière.

## **Summary**

The understanding of the relations between work and health has been, and will be, a necessary but not sufficient condition for the organisation of prophylactic measures for diseases and lesions related with work and conditions under which the same is done and for interventions promoting the health and well-being in the work place. In the interactive development of workers' health, the objective conditions of structural nature, specific of the economic development and progress of productive forces and the production relationships specific of each country assume a major role.

Knowledge, experiences and organisation of social partners, health professionals, and political power are factors of subjective nature which present a significant influence in the construction of formal and informal interventions to deal with problems of occupational health, known and valued in each historical momentum. Other factors, subjective, related to

The definition of health policies oriented to problems of occupational health in developed countries has followed an evolutionary pathway where can be identified as significant factors: the progress in the social and philosophical valuation of human work; the evolution of knowledge about professional risks and its social conscience; the intervention of work actors (workers and employers); the influence of intervening international organisms in the field of workers' health (ILO, WHO and EU); the intervention of society power structures; and, whit special emphasis for the present study, the contribution of occupational medicine and physicians.

The role and intervention of physicians and medicines in the questions of workers' health is intimately related with the progress of knowledge about occupational risks and presents an evolution during history which, in accordance with the explanatory model developed in the present study, can be divided in three major eras or phases: Occupational Proto-Medicine in two periods, the first of those since antiquity until the English industrial revolution in the 18<sup>th</sup> century, and the second including the industrialism until the Second World War; the Classic System of Occupational Health since the Second World War until the eighties in the 20<sup>th</sup> century; and the New Occupational Medicine since that last mentioned date and still going on.

The adoption of a professional practice according to a given formal or informal model of organisation of care of MT/SHST/SO being a resultant of the influence of different factors where can be included the contribution of medicine and physicians, becomes a determinant context of the evolution of knowledge, attitudes and behaviours of occupational health professionals as well as of their professional and social status. Occupational health, as a medicine specialty, presents the unique characteristic of having been preceded by legislation or norm and its development in Portugal, as in other countries, is clearly associated with the logic of the legal system at work in our country in the sixties (Classical Occupational Health).

The present study was meant to describe and to compare the opinion and the professional practice of occupational health professionals awarded a degree by the National School of Public Health/Nova University of Lisbon, before and after the legislative modification of 1994/95 related with the legal model of provision of care in Occupational Health. More specifically the author attempted to ascertain to which degree the new legal framework of MT/SHST/SO was accompanied by changes in: (1) occupational health physicians satisfaction level perception about their role and professional status; (2) the satisfaction level towards the formal specific training (CMT in ENSP/UNL) and informal *versus* practical professional needs; (3) effectiveness of professional performance by physicians awarded a degree by ENSP/UNL in occupational health; and (4) adequacy of the new model of services of MT/SHST/SO organisation, and its inherent labour related health policy, to the national context of socio-economic and scientific development and to the feelings of occupational health physicians.

The study sample was composed by physicians trained in occupational health who had answered both the questionnaires of 1993 and 2000. The 'panel' created is representative of the initial respondents and of the population under study.

According to occupational health physicians trained by the ENSP/UNL, the new legal framework on the organisation of services of SHST (Law-decree no. 26/94 and Law 7/95) promoted a progress in the political and organisational super-structure at the national level which was not accompanied by identical steps forward in the political definition and formalization and in the practical activity at the firms' level. The

urgency and priorities in the definition and implementation in the National Policy of Occupational Health are the same.

With the publishing of new legislation the general environment to the practice of occupational medicine, the role, functions and warranties of professional performance by physicians remained unchanged. Professional practice of “occupational health in the firm” (internal and external services) has suffered a decrease in the period under study which influenced negatively the global efficacy of trained occupational health physicians included in the panel, who largely keep a professional performance below 20 hours/week in part-time.

The importance of the training in occupational health provided by the ENSP/UNL to the practice of occupational medicine was, in general, highly valued and, in the period under study, some progress was verified in the classification, namely in the areas of Professional Pathology and Toxicology, Clinical Prevention of Professional Hazards, and Planning, Organisation and Management of Occupational Health Services, and has increased the interested in the topic of Promotion and Education for Health in the Workplace.

The new legislation changed the formal nature of the SHST services with a clear reduction in the number of firms having their own services (privately or internally) and their replacement by external providers of the service, however, this new situation was not accompanied by changes on their internal work, namely at the level of planning and annual evaluation of activities and the presentation of proposals for changes in the work conditions. Occupational health physicians have started globally, and in a progressive manner, to work more in firms which are external providers of occupational health services, dedicating themselves more to surveillance medical exams and to health promotion activities and less to visits to the firms and environmental surveillance.

To carry a revision of the National Policy of Occupational Health in a global and integrated way (and not only to the legislation about the organisation of occupational health services), with a real participation of occupational health professionals, including occupational health physicians, is a goal that keeps its actuality, confirmed politically by the most recent agreement in this matter between all social partners.

## **Bibliografia**



- ABRANTES, A. – Ensino e aprendizagem em administração de saúde (I): polémicas acerca do perfil do Administrador de Saúde e dos objectivos de um programa educativo em Administração de Saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 7:1 (1989) 9-17.
- ALDRICH, T. - Preventive services for health and safety at work in Denmark. Lyngby: Department of Working Environment. Technical University of Denmark, 1991.
- ALLEN, M.; CELINA, M. - Protecting the community: a worker's guide to health and safety in Europe. London: Hazard Centre, 1992.
- ALMEIDA, J.F.; PINTO, J.M. – A investigação nas ciências sociais. 5ª ed. Lisboa: Editorial Presença, 1995.
- AMADO, R.P. – Saúde ocupacional/medicina do trabalho: uma proposta para centros de saúde em Portugal. **Revista Portuguesa Clínica Geral**. 30 (1988), 27-30.
- AMIR, Z. – Occupational health provision for NHS staff: user's opinions about its roles. **Journal of Management in Medicine**. 8:1 (1994) 46-55.
- ANSTADT, G. W. – Contracting for occupational health service: an insider's view. **Journal of Occupational Medicine**. 36:4 (1994) 443-446.
- ASHTON, T.S. - A revolução industrial. 5ª edição. Lisboa: Publicações Europa-América, 1987.
- ASWALL, J.E. – Foreword. In RANTANEN, J., ed. lit. - Occupational health services: an overview . Copenhagen: WHO, 1990 (European series; 26)
- AUSTRALASIAN FACULTY OF OCCUPATIONAL MEDICINE – Guidelines for health assessments for work. Sydney: Royal Australasian College of Physicians, 1998.
- BAXTER, P. J. – Research in occupational health: the UK National Health Service. **Journal Soc. Occupational Medicine**. 41:1 (1991) 7-9.
- BIT– Rapport au Gouvernement du Portugal sur les travaux de la mission multidisciplinaire du PIACT. Genève: Bureau International du Travail, 1985.
- BRANDT-RAUF, P.; TEICHMAN, R. - Current and future needs for occupational medicine physicians in nonindustrial settings: a survey of multispecialty group medical practices and health maintenance organizations. **Journal of Occupational Medicine**. 30:12 (1988), 928-933.
- BREUCKER, G.; SCHROER, A., ed. lit. – International experiences in workplace health promotion. Copenhagen: BKK Bundesverband, 1996. (European Health Promotion Series; 6).
- CABRAL, M.V. - O desenvolvimento do capitalismo em Portugal no século XIX. 3ª ed. Lisboa: Presença, 1977.
- CABRAL, M.V. - Portugal na alvorada do século XX: forças sociais, poder político e crescimento económico de 1890 a 1914. 2ª ed. Lisboa: Presença, 1988.
- CAMPOS-OUTCALT, D. – Occupational health epidemiology and objectives for the year 2000. **Primary Care**. 21: 2 (1994) 213-223.
- CAPLOW, T. – L'enquête sociologique. 2ª ed. Paris: A. Colin, 1970.
- CASPARIE, A. F. – Quality management of occupational health services: the necessity of a powerful medical profession. **Occupational Medicine**. 48:3 (1998) 203-206.
- CASSOU, B., et al. - Les risques du travail, pour ne pas perdre sa vie à la gagner. Paris: Editions La Découverte, 1985.
- CASTORINA, J.; ROSENSTOCK, L. –Physician shortage in occupational and environmental medicine. **Annals of Internal Medicine**. 113: 12 (1990).

- CASTRO, A. – Conhecer o conhecimento. Lisboa: Editorial Caminho, 1989. (Coleção Universitária; 35)
- CASTRO, A. - História Económica de Portugal. Vol I. Lisboa: Editorial Caminho, 1978.
- CASTRO, A. – História Económica de Portugal. Vol II. Lisboa: Editorial Caminho, 1981.
- CASTRO, A. - História Económica de Portugal. Vol III. Lisboa: Editorial Caminho, 1985.
- CASTRO, A. – Teoria do sistema feudal e transição para o capitalismo em Portugal. Lisboa: Editorial Caminho, 1987. (Coleção Universitária; 20)
- COELHO, A. - A pertinência dos actuais programas de ensino em relação às necessidades dos Serviços de Saúde na década de 1980. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 1:1 (1983) 5-10.
- COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS – A segurança e a saúde no trabalho: um desafio para a Europa. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, 1992 (O dossier da Europa; 5/92).
- CONWAY, H. ; SIMMONS, J. ; TALBERT, T. – The occupational safety and health administration's 1990-1991 survey of occupational medical surveillance prevalence and type of current practices. **Journal of Occupational Medicine**. 35:7 (1993) 659-669.
- COPPÉE, G.H. - La santé du travail: une orientation proposée au niveau international par la convention n.º 161 et la recommandation n.º 171 de l'OIT. **Documents pour le médecin du travail**. 31 (1987) 177-196.
- COSTA, C.; REIS, V. - O sucesso nas organizações de saúde. **Revista Portuguesa Saúde Pública**. 11:3 (1993) 59-67.
- COSTA, F.L. - Saúde ocupacional. **Arquivos do Instituto Nacional Saúde**. 7 (1982) 99-108.
- DECRETO N.º 47 512/67 - D.R. I Série. 21 (25-1-67), 126-128.
- DECRETO-LEI N.º 47 511/67 - D.R. I Série. 21 (25-1-67), 125-126.
- DECRETO- LEI N.º1/85- D.R. I Série. 13 (16-01-85), 110-122.
- DECRETO- LEI N.º 243/86- D. R. I Série. 190 (20-08-86) 2099- 2106.
- DECRETO-LEI N.º 441/91 - D.R. I Série –A. 262 (14-11-91), 5826-5833.
- DECRETO-LEI N.º 336/93 - D.R. I Série - A. 229 (29-9-93), 5466-5469.
- DECRETO- LEI N.º 341/93 – D.R. I SÉRIE- A 230 (30-9-93), 5497-5538
- DECRETO-LEI N.º 26/94 - D.R. I Série - A. 26 (1-2-94), 480-486.
- DECRETO-LEI N.º191/95- D.R. I Série. 173 (28-7-95), 4838-4839.
- DECRETO-LEI N.º 133/99 – D.R. I Série – A. 93 (21-4-99), 2117-2119.
- DECRETO-LEI N.º 488/99- D.R. I Série – A. 268 (17-11-99), 8096-8099.
- DECRETO-LEI N.º 109/00 – D.R. I Série – A. 149 (30-6-00), 2835-2847.
- DECRETO-LEI N.º 110/00- “D.R.”, I Série – A , 149 (30-6-00), 2847-2851.
- DECRETO REGULAMENTAR N.º 6/2001- D.R. I Série – B. 104 (5-5-01), 2613-2638.



- DEJOURS, C. - Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. 54: 14 (1986) 7-11.
- DELL'ACCIO, P.; MORIN, B. – Les débats lors de l'instauration de la médecine du travail contemporaine: intérêt d'une lecture historique pour l'avenir. **Archives des Maladies Professionnelles**. 62:7 (2001) 582-585.
- DESOILLE, A.; SCHERRER, J.; TRUHAUT, R. - Précis de médecine du travail. Paris: Masson, 1987.
- DESPACHO NORMATIVO N.º 97/83 – D.R. I Série. 93 (22-4-83), 1439-1459.
- DIÁRIO DO GOVERNO N.º 88 de 22 de Abril de 1891 - Decreto real de 14 de Abril que aprova as condições de admissão e de trabalho de menores e mulheres nos estabelecimento industriais (particulares, do estado ou das corporações administrativas e nas escolas profissionais ou casas de beneficência onde se executem trabalhos industriais). **Boletim da Inspeção-Geral do Trabalho**. 17 (1991) 14-19.
- DIAS, E. C., - Evolução e aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil. **Boletim Oficina Sanitaria Panamericana**. 115:3 (1993) 202-214.
- DINMAN, B.D. - Impact of the international labour organization on occupational health and safety laws and practice. **Journal of Occupational Medicine**. 29: 4 (1987) 345-352.
- DIRECTIVA DO CONSELHO N.º 89/391/CEE - JO N.º L183 (29-06-89), 1-8.
- DUCATMAN, A.M. - Career options of occupational physicians. **Journal of Occupational Medicine**. 30 (1988) 776-779.
- DUCLOS, D. - La santé et le travail. Paris: Ed. la Découverte, 1984.
- EASHW. EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK - Priorities and strategies in occupational safety and health policy in the member states of the European Union. Bilbau: EASHW, 1997.
- ECO, U. – Como se faz uma tese em ciências humanas. 7ª edição. Lisboa: Editorial Presença, 1998.
- ELLING, R. H. – The struggle for workers' health: a study of six industrialized countries. New York: Baywood Publishing Company, 1986.
- EMMETT, E.A. – Occupational health and safety in national development: the case of Australia. **Scandinavian Journal of Work Environment and Health**. 23 (1997) 324-333.
- ENGELS, F. – El papel del trabajo en la transformación del mono en hombre. <http://www.marxists.org/espanol/m-e/1870s/1876trab.htm>. (2002-02-02)
- ENWHP. EUROPEAN NETWORK FOR WORKPLACE HEALTH PROMOTION – Small healthy and competitive: new strategies for improved health in small and medium-sized enterprises. Essen: BKK Bundesverband, 2001.
- ETUTBMS. EUROPEAN TRADE UNION. TECHNICAL BUREAU FOR HEALTH AND SAFETY - A user's guide to European community directives on health and safety at work. Brussels: ETU, 1993.
- FARIA, M., et al. - A saúde ocupacional em Portugal: situação actual, perspectivas para o futuro. Lisboa: Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais, 1985. (Estudos; 2)
- FARIA, M. - O exercício da medicina do trabalho em Portugal: problemas e tendências. In CONGRESSO DE MEDICINA DO TRABALHO, 3, Póvoa de Varzim, Dezembro 1994.

- FARIA, M. - Papel das instituições e necessidade de uma legislação adequada em saúde ocupacional. In SEMINÁRIO - A saúde ocupacional e os serviços de saúde locais. Maia, Maio 1991.
- FARIA, M.; FARIA, P. L. - Notas sobre o regime jurídico de reconhecimento e reparação dos acidentes e doenças profissionais. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 7:2 (1989) 33-38.
- FARIA, M.; SANTOS, C. S. - Alguns dados estatísticos com interesse em saúde ocupacional. Paço de Arcos: Edição SO, 1989.
- FARIA, M.; SANTOS, C.S. - Cuidados de Saúde Ocupacional em empresas de pequena dimensão. **Revista Portuguesa de Medicina do Trabalho**. 4 (1984) 19-20
- FARIA, M.; UVA, A. S.- Diagnóstico e prevenção das doenças profissionais: algumas reflexões. **Jornal da Sociedade das Ciências Médicas**. CL: 9/10 (1988) 360-371.
- FELDSTEIN, A. - Call for quality: letters to the editor. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**. 36:6 (1997) 501-503.
- FELTON, J. S. - Occupational medical management: a guide to the organization and operation of in-plant occupational health services. Boston: Little, Brown and Company, 1990.
- FELTON, J.S. - Practice mode of occupational medicine residency graduates. **Journal Of Occupational Medicine**. 29:7 (1987) 616-617.
- FERREIRA, F. G. - História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.
- FIGUERAS, J.; SALTMAN, R. B.; SAKELLARIDES, C. - Introduction. In SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J.; SAKELLARIDES, C. ed. Lit. - Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 1998. 1-19.
- FODDY, W. - Como perguntar: teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários. Tradução de Luís Campos. 1ª ed. Oeiras: Celta Editora, 1996.
- FORSSMAN, S. - Primary health care and occupational health services in developing countries. **East African Newsletters**. Suppl. 3 (1989) 53-54.
- FRADA, J.J.C. - Guia prático para elaboração e apresentação de trabalhos científicos. 5ª ed. Lisboa: Edição Cosmos, 1995.
- FRUMKIN, A.; LEVY, B. S.; LEVENSTEIN, C. - Occupational and environmental health in Eastern Europe: challenges and opportunities. **American Journal of Industrial Medicine**. 20 (1991) 265-270.
- FÜLÖP, T. - New approaches to a permanent problem: the integrated development of health services and health manpower. **WHO Chronicle**. 30: 11 (1976) 433-441.
- FÜLÖP, T.; ROEMER, M.I. - Reviewing health manpower development, a method of improving national health systems. Geneva: WHO/Public Health Papers, 1987.
- GARDELL, B. - Scandinavian research on stress in working life. **International Journal of Health Services**. 12:1 (1982) 31-41.
- GARDNER, W.; TAYLOR, P. - Health at work. London: Associated Business Programmes, 1975.
- GEVERS, J.K.M. - Stratégies des états membres de la communauté économique européenne en matière de législation relative à l'hygiène et à la sécurité professionnelles. **Recueil international de législation sanitaire**. 37 :2 (1986) 409-415.
- GEVERS, J.K.M. - Worker control over occupational health services: the development of legal rights in EEC. **International Journal of Health Services**. 15:2 (1985) 217-229.

- GHIGLIONE, R. ; MATALON, B. – O inquérito: teoria e prática. 3ª ed. Oeiras: Celta, 1997.
- GÓMEZ, M. – Los mapas de riesgos: concepto y metodologia para su elaboracion. **Revista Sanitária de Higiene Pública**. 68: 4 (1994) 443-453.
- GRAÇA, L. - A participação dos Trabalhadores no âmbito da segurança, higiene e saúde no trabalho. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 11:2 (1993a) 5-23.
- GRAÇA, L. - Como pilotar um processo de mudança organizacional. In Graça, L. Coord. -: Administração de serviços de saúde em África: manual prático. Lisboa: Instituto de Estudos para o Desenvolvimento, 1993b. 165-195.
- GRAÇA, L. - Condições de trabalho e saúde ocupacional: uma abordagem psicossocial. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 3:2 (1985) 27-38.
- GRAÇA, L. – Europa: Uma tradição histórica de protecção social dos trabalhadores. I parte. 2000a. [www.terravista.pt/meco/5531/textos25.html](http://www.terravista.pt/meco/5531/textos25.html). (2002-08-22)
- GRAÇA, L. – Europa: Uma tradição histórica de protecção social dos trabalhadores. II parte. 2000b. [www.terravista.pt/meco/5531/textos25.html](http://www.terravista.pt/meco/5531/textos25.html). (2002-08-22)
- GRAÇA, L. – Promoção da saúde no local de trabalho: a nova saúde ocupacional?. **Cadernos Avulso da Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho**. 1 (1999) 7-96.
- GRAÇA, L. – Country report Portugal: small and medium-sized enterprises (SMEs) and health at work. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde: Portugal, National Contact Office – NCO: European Network for Workplace Health Promotion – ENWHP, 2001.
- GRAÇA, L. – História da segurança, higiene e saúde no trabalho na Europa e em Portugal. Texto mimeografado (textos, T1431), 2002.
- GRAÇA, L. ; FARIA, M. – Ano Europeu da Segurança, Higiene e Saúde no Local de Trabalho. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 11:1 (1993) 15-20.
- GRAÇA, L. e FARIA, M. - A promoção da saúde no trabalho: um desafio para os anos 90. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, 9:3 (1991a) 5-15.
- GRAÇA, L. ; FARIA, M. – Promoção da saúde no trabalho: o ponto da situação portuguesa. Lisboa: ENSP, 1991b.
- GREAVES, I.A. – An agricultural safety and health information needs assessment for rural services providers. **Journal of Agromedicine**. 1:2 (1994) 43-57.
- GUILBERT, J.J. - Guia pedagógico para os profissionais de saúde. LISBOA: ENSP, 1978.
- HAMALAINEN, R. M. et al – Survey of the quality and effectiveness of occupational health services in the European Union and Norway and Switzerland. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, 2001. 5-21. (People and work. Research reports; 45).
- HARRISON, J.; WOODHOUSE, J. ; DOWSON, A. J. –The management of occupational health by NHS trusts in the north of England. **Occupational Medicine**. 49:8 (1999) 525-533.
- HESPAÑHOL, A. P. - Condições do exercício da clínica geral no norte de Portugal. Porto: Faculdade de Medicina. Universidade do Porto, 1996. Tese de doutoramento apresentada na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
- HUGHES, A.; PHILIPP, R.; HARLING, K. – Provision and staffing of NHS occupational health services in England and Wales. **Occupational and Environmental Medicine**. 56 (1999) 714-717.
- HULSHOF, C.T.J., et al – Evaluation research in occupational health services: general principles and a systematic review of empirical studies. **Occupational and Environmental Medicine**. 56 (1999) 361-377.

- HUNTER, D. - The diseases of occupations. 6th ed. London: Hodder and Stoughton, 1978.
- HUSMAN, K. - Principles and pitfalls in health services research in occupational health systems. **Occupational Medicine**. 43 Suppl. 1 (1993) 10-14.
- HUSMAN, K.; LAMBERG, M. – Good occupational health service practice. **American Journal on Industrial Medicine**. Suppl 1 (1999) 44-46.
- ICOH. INTERNATIONAL COMMISSION ON OCCUPATIONAL HEALTH –International code of ethics for occupational health professionals. 2.<sup>nd</sup> ed. Singapore: ICOH, 1994.
- ILO. INTERNATIONAL LABOUR OFFICE- Guidelines on occupational safety and health management systems: report. Geneva: ILO, 2001.
- ILO. INTERNATIONAL LABOUR OFFICE - Technical and ethical guidelines for worker's health surveillance: report. Geneva: ILO, 1997.
- IMBUS, H.R. - Is occupational medicine a speciality? **American Journal of Industrial Medicine**. 14 (1988) 109-116.
- IMPERATORI, E. – Acreditação: prioridade e desafio. **Acta Médica Portuguesa**. 9 (1996) 59-66.
- IMPERATORI, E. - Atitudes e comportamentos dos médicos dos centros de saúde face à avaliação. Lisboa: ENSP, 1984. Projecto de investigação apresentado no concurso para um lugar de professor auxiliar da Escola Nacional de Saúde Pública.
- INFORMAÇÃO Nº 35/85 Ministério da Saúde. Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários. (85.02.05) 1-4.
- IPQ. INSTITUTO PORTUGUÊS DA QUALIDADE – Norma portuguesa: NP 405 – 1/1994: informação e documentação: referências bibliográficas: documentos impressos. Lisboa: IPQ, 1995.
- JASSI, A. - The development of worker: controlled occupational health centers in Canada. **American Journal of Public Health**. 78:6 (1988) 689-693.
- JAVEAU, C. - L'enquête par questionnaire: manuel à l'usage du praticien. Bruxelles: Edition de l'Université de Bruxelles, 1978.
- JAVEAU, C. - L'enquête par questionnaire. Bruxelles: Edition de l'Université de Bruxelles, 1992.
- JOFFE, M. - Validity of exposure data derived from a structured questionnaire. **American Journal of Epidemiology**. 135: 5 (1992) 564-570.
- JUSTINO, D. – A evolução do produto nacional bruto em Portugal, 1850-1910: algumas estimativas provisórias. **Análise Social**. 23: 97 (1987) 451-461
- JUSTO, C. - Critérios consensuais da qualidade de desempenho dos Centros de Saúde. Porto, 1993. Tese de candidatura ao grau de Doutor na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- KALM, R.C. - Work and well - being: realities and aspirations. **European Journal of Public Health**. 2 (1992) 67-75.
- KROON, P.J.; OVEREYNDER, M.A. - Occupational health service in 6 member states of the EC. Amsterdam: Research Center Work and Health. University of Amsterdam, 1991.
- LAINS, P. – O proteccionismo em Portugal 1842-1913: um caso mal sucedido de industrialização «concorrencial». **Análise Social**. 23: 97 (1987) 481-503.
- LEFRANC, G. - História do trabalho e dos trabalhadores. Lisboa: Europress, 1988.

- LEI Nº 7/95 –D.R. I Série-A. 75 (29-3-95),1710-1713.
- LEITE, J. C. – Emigração portuguesa: a lei e os números 1855-1914. **Análise Social**. 23: 97 (1987) 463-480.
- LEMOS, M. - Historia da medicina em Portugal: doutrinas e instituições. Vol II. Lisboa: Publicações Dom Quixote/Ordem dos Médicos, 1991.
- LEVI, L. ; PETTERSON, L. - The future of work and workers' health. **European Journal of Public Health**. 2 (1992) 65-66.
- LEVY, R. - The future of work: trends, options, problems. **European Journal of Public Health**. 2 (1992) 96-104.
- MACEDO, J.B. - Problemas de história da indústria portuguesa no século XVIII. 2ª ed. Lisboa: Quercó, 1982.
- MANAQUIL, C., et al - La responsabilité du médecin du travail. **Archives des Maladies Professionnelles**. 62:7 (2001) 546-563.
- MARQUES, A.H.O. - Breve história de Portugal. Lisboa: Editorial Presença, 1995.
- MARTINS, C. A. – Trabalho e condições de vida em Portugal (1850-1913). **Análise Social**. 32:142 (1997) 483-535.
- MATTOSO, J. – A sociedade: estruturas, grupos e motivações. In MATTOSO, J. - História de Portugal: a monarquia feudal (1096-1480). Vol. 2. Lisboa: Círculo de Leitores, 1993. 467-471.
- MAYHEW, C.; QUINLAN, M. – The effects of outsourcing on occupational health and safety: a comparative study of factory-based workers and outworkers in the Australian clothing industry. **International Journal of Health Services**. 29:1 (1999) 83-107.
- McCUNNEY, R. – A practical approach to occupational and environmental medicine. 2.<sup>nd</sup> ed. Boston: Little, Brown and Company, 1994.
- MEJÍA, A.; FÜLOP, T. – Health manpower planning: an overview in health manpower planning. Geneva: WHO, 1978.
- MENDES, R. – Subsídios para um debate em torno da revisão do actual modelo de organização da saúde ocupacional no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. 64:16 (1988) 7-25.
- MENDES, R.; DIAS, E, C. - Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública, S. Paulo**. 25:5 (1991) 341-349.
- MIZOUE, T. et al - Activities of an occupational health organization in Japan, in special reference to services for small and medium-scale enterprises. **Occupational Medicine**. 46:1 (1996) 12-16.
- MURRAY, R. - Health of the worker in the twentieth century. In RAFFLE, P. et al. - Hunter's diseases of occupations. London: Hodder and Stoughton, 1987a. 156-226.
- MURRAY, R. - Industrial Revolution, 1760-1830. In RAFFLE, P. et al. -Hunter's Diseases of Occupations. London: Hodder and Stoughton, 1987b. 62-92.
- MURRAY, R. - Man and his work. In RAFFLE, P. et al. - Hunter's Diseases of Occupations. London: Hodder and Stoughton, 1987c. 1-61.
- NAVARRO, M.F. - Médicos de saúde pública (1º e 2º graus): 2ª fase: a função da administração de cuidados primários de saúde (CPS). **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 1:4 (1983) 47-50.
- NAVARRO, M.F.; IMPERATORI, E. - Médicos da carreira de saúde pública (1º e 2º graus): 1ª fase: funções. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 1: 3 (1983) 5-14.

- NAVARRO, V. – A historical review (1965-1997) of studies on class, health and quality of life: a personal account. **International Journal of Health Services**. 28:3 (1998) 389-406.
- NAVARRO, V. – The political economy of the welfare state in developed capitalist countries. **International Journal of Health Services**. 29:1 (1999) 1-50.
- NOTKOLA, V., et al. – Farmers occupational health programme in Finland, 1979-1987. **Social Science and Medicine**. 30: 9 (1990) 1035-1040.
- OIT . ORGANIZATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL – Convention n.º 155 sur la sécurité et la santé des travailleurs. Genève: OIT, 1981a.
- OIT . ORGANIZATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL – Convention n.º 161 sur les services de santé au travail. Genève: OIT, 1985a.
- OIT . ORGANIZATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL – Recommandation n.º 97 sur la protection de la santé des travailleurs. Genève: OIT, 1953.
- OIT . ORGANIZATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL – Recommandation n.º 112 sur les services de médecine du travail. Genève: OIT, 1959.
- OIT . ORGANIZATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL – Recommandation n.º 164 sur la sécurité et la santé des travailleurs. Genève: OIT, 1981b.
- OIT . ORGANIZATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL – Recommandation n.º 171 sur les services de santé au travail. Genève: OIT, 1985b.
- OIT . ORGANIZATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL – Recueil de directives pratiques sur les facteurs ambiants sur le lieu de travail. Genève: OIT, 1999.
- OMS . ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - A declaração de Jacarta sobre promoção da saúde no século XXI. Jacarta: Organização Mundial da Saúde, 1997.  
<http://www.who.int/hpr/archive/docs/jakarta/portuguese2.pdf> 20.10.2002.
- OMS . ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - As metas de saúde para todos. Lisboa: Ministério da Saúde, 1985.
- OMS . ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde: declaração de Alma-Ata. Lisboa: Sindicato dos Médicos do Sul, 1980. (Caderno de saúde;2).
- OMS . ORGANIZATION MONDIALE DE LA SANTÉ - Epidémiologie des maladies et des accidents liés à la profession. Genève: OMS, 1989a. (Série de Rapports techniques; 777)
- OMS . ORGANIZATION MONDIALE DE LA SANTÉ - La promotion de la santé des travailleurs. Genève: OMS, 1988. (Série de Rapports techniques; 765)
- OMS . ORGANIZATION MONDIALE DE LA SANTÉ - Santé e bien-être sur les lieu de travail. Copenhague: OMS, 1981. (Rapports et Études Euro; 31).
- OMS . ORGANIZATION MONDIALE DE LA SANTÉ - Investigación prioritaria par el programa salud para todos. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para a Europa, 1989b. (European Health for All Séries; 3).
- ONG, B. N. - The practice of the health services research. London: Chapman Hall, 1993.
- OVERGAARD-HANSEN, K. – Occupational health services in the countries of transition. **International Archives of Occupational Health**. 71 supl (1998) 13-15.
- PEDREIRA, J. M. – Indústria e atraso económico em Portugal (1800-25): uma perspectiva estrutural. **Análise Social**. 23:97 (1987) 563-596.

- PERROT, M. – Os problemas da mão-de-obra industrial. In PIMENTEL, D., et al. - Sociologia do trabalho: organização do trabalho industrial: antologia. Lisboa: A Regra do Jogo, 1985.
- PHOON, W.O. – Emerging issues in occupational health education as reflected in the previous ICOH conferences. **Safety Science**. 20 (1995) 157-161.
- PHOON, W.O. - La médecine du travail dans les pays en développement: le parent pauvre de l'action de santé. **Forum Mondial de la Santé**. 4: 4 (1983) 382-385.
- PINEAULT, R.; DAVELUY, C. – La planification de la santé: concepts méthodes stratégies. Ottawa: Agence d'ARC, 1986.
- PIOTET, F., et al – Entre profession et métiers: les médecins du travail. **Archives des Maladies Professionnelles**. 58:1/2 (1997) 22-89.
- PORTARIA N.º 467/2002- D.R. I Série – B. 95 (23-4-02), 4052-4054.
- PORTARIA N.º 1031/2002 – D.R. I Série - B. 184 (10-8-02) 5774.
- PORTARIA N.º 1184/2002- D.R. I Série – B. 199 (29-8-02), 6190-6194.
- PORTUGAL. CES – Acordo sobre condições de trabalho higiene e segurança no trabalho e combate à sinistralidade. Lisboa: Conselho Económico e Social, 2001.
- PORTUGAL. CPCS - Acordo de segurança, higiene e saúde no trabalho. Lisboa: Conselho Permanente de Consertação Social, 1991a.
- PORTUGAL. DETEFP – Estatísticas: quadros de pessoal. Lisboa: Departamento de Estatísticas do Trabalho, Emprego e Formação Profissional, 1999a.
- PORTUGAL. ENSP. CSO – Inquérito sobre a prática profissional e necessidades/disponibilidades de formação dos diplomados com o Curso de Medicina do Trabalho. Lisboa: Cadeira de Saúde Ocupacional, 1982.
- PORTUGAL. IDICT- Serviços de prevenção das empresas: livro verde. Lisboa: Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho, 1997.
- PORTUGAL. IDICT. COMISSÃO DO LIVRO BRANCO DOS SERVIÇOS DE PREVENÇÃO. Livro branco dos serviços de prevenção da empresa. Lisboa: Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho, 1999b.
- PORTUGAL. INE – Censos 2001. Lisboa: Instituto Nacional de Estatísticas, 2002.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – Relatório anual de saúde ocupacional. Lisboa: Direcção de Serviços de Saúde Escolar e Ocupacional, 1991b.
- PRANSKY, G. - Occupational medicine specialists in the United States: a survey 1990. **Journal of Occupational Medicine**. 32:10, (1990) 985-988.
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L.V. - Manual de investigação em ciências sociais. 2ª ed. Lisboa: Gradiva, 1998.
- RAFFLE, P. et al. – Hunter's diseases of occupations. London: Hodder and Stoughton, 1987.
- RANTANEN, J. - Occupational health and safety: a global overview. **East Africa Newsletter on Occupational Health and Safety**. Suppl. 3 (1989) 14-19.
- RANTANEN, J. - Occupational health services in Europe. **Niva/Nordic Newsletter**. 6 (1992) 2-6.

- RANTANEN, J., ed. lit. - Occupational health services an overview. Copenhagen: WHO Regional Publications, 1990.(European series; 26)
- RANTANEN, J., et al. ed. lit. – Work and health country profiles. Helsinki: WHO Regional Office for Europe, 2001. (People and work. Research reports; 44)
- RANTANEN, J.; WESTERHOLM, P. – The way forward. In HAMALAINEN, R. M., et al – Survey of the quality and effectiveness of occupational health services in the European Union and Norway and Switzerland. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, 2001. 5-21. (People and work. Research reports; 45)
- RASANEN, K. et al - Role of the occupational health services as a part of illness-related primary care in Finland. **Occupational Medicine.** 43 supl. 1 (1993) 23-27.
- RASANEN, K. et al – The performance follow-up of Finnish occupational health services. **International Journal for Quality in Health Care.** 9:4 (1997) 289-295.
- RATHWELL, T. Implementing health care reform: a review of current experience. In SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J.; SAKELLARIDES, C. ed. Lit. – Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 1998. 385-399.
- RECOMENDAÇÃO da Comissão das Comunidades Europeias – Jornal Oficial das Comunidades Europeias 2181 (31-8-62a), 11-18.
- RECOMENDAÇÃO da Comissão das Comunidades Europeias – Jornal Oficial das Comunidades Europeias 2188 (31-8-62b), 19-29.
- REICH, M.R.; GOLDDMAN, R.H.. – Italian occupational health: conflicts, implications. **American Journal of Public Health.** 74: 9 (1984) 1031-1040.
- REIS, V. - O papel do administrador principal no Hospital Português. Lisboa: ENSP, 1986. (Dissertação para concurso a Professor Auxiliar da Cadeira de Administração Hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública).
- RIOUX, J. P. - A revolução industrial. 5ª ed. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1996.
- ROM, W. N. - Environmental occupational medicine. 3.<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Lippincott- Raven, 1998.
- ROSENSTOCK, L. – Occupational medicine: to long neglected. **Annals of Internal Medicine.** 95:6 (1981) 774-776.
- ROSENSTOCK, L., et al - Occupational and environmental medicine: meeting the growing need for clinical services. **The New England Journal of Medicine.** 325:13 (1991) 924-927.
- ROSENSTOCK, L.; LANDRIGAN, P. J. - Occupational health: the intersection between clinical medicine and public health. **Annual Review of Public Health.** 7 (1986) 337-56.
- ROSSIGNOL, M. - Planning preventive occupational health services at the community level. **Canadian Journal of Public Health.** 28 (1991) 115-119.
- SÁ, V. - Lisboa no Liberalismo. Lisboa: Livros Horizonte, 1992.
- SANTOS, C.S. - A saúde dos trabalhadores na empresa. **Revista Segurança.** 24: 95 (1989) 25-27.
- SANTOS, C.S. - Enquadramento conceptual dos cuidados de saúde ocupacional como componente dos cuidados primários de saúde. **Revista Portuguesa de Clínica Geral.** 30 (1988) 6-11.
- SANTOS, C.S. - Enquadramento técnico-legal do exercício da Medicina do Trabalho: análise crítica. **Jornal das Ciências Médicas.** 14:7 (1990) 381-386.



- SANTOS, C. S. - Estratégias inovadoras em saúde ocupacional: perspectiva dos centros de saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública.** 16:1 (1998) 5-11.
- SANTOS, C.S. – Occupational health and the ageing workers. In 18<sup>th</sup> Ceies SEMINAR on Actives ageing statistics. Hague, May 2002. Hague: Eurostat, 2002.
- SANTOS, C.S. – Pontos críticos na organização, desenvolvimento e avaliação de cuidados de saúde ocupacional. In Encontro de Saúde no Trabalho do Hospital do Espírito Santo de Évora, 1, Évora, Outubro 2001. ( resumo das comunicações)
- SANTOS, C.S. ; FARIA, M. – A Saúde ocupacional e a estratégia de saúde para todos no ano 2000. **Revista Portuguesa de Saúde Pública.** 6:1-2 (1988) 35-40.
- SCHILLING, R. - Developments in occupational health. In: SCHILLING, R. - Occupational health practice. 2.<sup>nd</sup> ed. London: Butterworth's, 1981. 3-25.
- SCHILLING, R. – Occupational medicine for one and all. **British Journal of Industrial Medicine.** 48 (1991) 445-450.
- SOUSA, A. T. – Curso de História da Medicina: das origens aos fins do século XVI. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1981.
- STANIN, B. ; SVENSSON, P. G. - Participatory research: a complementary research approach in public health. **European Journal of Public Health.** 1 (1991) 29-35.
- TASKINEN, H. – Good occupational health practice: a guide for planning and follow-up of occupational health services. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, Finnish Institute of Occupational Health, 2001.
- TAYLOR, C. E. - Applications de la recherche sur les systèmes de santé. Genève : OMS, 1984 (Cahiers de Santé Publique; 78).
- TEICHMAN, R.F.; GOLDSTEIN, B.D. - Filling the void of well-trained occupational medicine physicians: a challenge for the 1990s. **Journal of Occupational Medicine.** 32 (1990) 124-126.
- TSUCHIYA, K. - Development of occupational health in Japan. **Journal University of Occupational and Environmental Health.** 13:3 (1991) 191-205.
- TYRER, F.H.; LEE, K. - A synopsis of occupational medicine. Bristol: John Wright and Sons, 1979.
- UNIÓN REGIONAL DE CC.OO DE ASTÚRIAS – Guia sindical de seguridad y salud laboral. Oviedo: CC.OO de Astúrias, 1988.
- UVA, A. S. - Contribuição para o estudo da exposição profissional ao ozono em cabinas de avião. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, Universidade Nova de Lisboa, 1998. (Tese de candidatura ao grau de Doutor na Disciplina de Medicina do Trabalho na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa).
- UVA, A. S. – Identificação e prevenção das doenças relacionadas com o trabalho. **Revista Portuguesa de Clínica Geral.** 30 (1988) 12-17.
- VAN DIJK, F. J.H. – From input to outcome: changes in OHS: education and training. **Safety Science.** 20 (1995) 165-171.
- VAN DIJK, F.J.H.; PRINS, R. – Occupational health care and work incapacity: recent developments in the Netherlands. **Occupational Medicine.** 45:3 (1995) 159-166.
- VANHOORNE, M., et al. - Survey on resources for occupational health research in European community countries. **Medicina del Lavoro.** 79:1 (1988) 3-18.
- VILLALOBOS, J. O. – Antecedents de la medicina laboral. **MedSpain.** 2 (1998) 1-10.  
[http://www.medspain.com/ant/n2\\_dic98/MEDLAB.htm](http://www.medspain.com/ant/n2_dic98/MEDLAB.htm) 31-10-2002

- VOGUEL, L. - A survey of occupational health and safety services in the Member States of the European Communities and the European Free Trade Association: first interim report: the existing legal frameworks in the different states. Brussels: European Trade Union/Technical Bureau for Health and Safety, 1991.
- WALT, G. - Implementing health care reform: a framework for discussion. In SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J.; SAKELLARIDES, C. ed. Lit. - Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 1998. 365-384.
- WALTERS, D. - Preventives services in occupational health and safety in Europe: developments and trends in the 1990s. **International Journal of Health Services**. 27:2 (1997) 247-271.
- WALTERS, D.; ALAN D.; DAVID G. - Worker and trade union representation on health and safety in Europe: the theory, the practice and the potential. London: Centre for Industrial and Environmental Safety and Health. South Bank University, 1992.
- WALTERS, V. - Company doctors: standards of care and legitimacy: a case study from Canada. **Social Science and Medicine**. 19:8 (1984) 811-821,
- WARD, C. - Psicologia social experimental. S. Paulo: Pedagogia Universitária, S. Paulo, 1974.
- WEGMAN, D. H.; FINE, L. J. - Occupational Health in the 1990s. **American Revue of Public Health**. 11 (1990) 89-103.
- WESTERHOLM, P. - Challenges facing occupational health services in the 21<sup>st</sup> century. **Scandinavian Journal of Work Environment and Health**. 25: 6 (1999) 625-632.
- WESTERHOLM, P. - New vistas in occupational health. **Scandinavian Journal of Work Environment and Health**. 23 (1997) 321-324.
- WHITAKER, S.; AW, T. C. - Audit of pre-employment assessments by occupational health departments in the National Health Service. **Occupational Medicine**. 45:2 (1995) 75-80.
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION - Evaluation of occupational health and industrial hygiene services. Copenhagen: WHO, 1982 (Euro Reports and Studies; 56).
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION - Fifth network meeting of the WHO collaborating centres in occupational health. Chiangmai, Thailand: WHO, 2002.
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION - Fourth network meeting of the WHO collaborating centres in occupational health. Espoo, Finland: WHO, 1999a.
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION - Global strategy on occupational health for all: the way to health at work. Geneva: WHO, 1995.
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION - Guidelines on quality management in multidisciplinary occupational health services. Bilthoven: WHO European Centre for Environment and health, 1999b.
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION - Occupational health as a component of primary health care. Copenhagen: Regional Office for Europe/WHO, 1986. (Environmental health;12)
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION - The health policy for Europe: update edition 1991. Copenhagen: Regional Office for Europe/WHO, 1993.
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION - Training of occupational health personnel. Copenhagen: WHO, 1952. (Euro Reports and Studies; 58)
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION - Revised list of indicators on procedure for monitoring progress towards health for all in the European region, (1987-1988). Bruges: Regional Office for Europe/WHO, 1987

- WISNER, A. - Por dentro do trabalho: ergonomia: método e técnica. São Paulo: Oboré Editorial, 1987.
- ZIGLIO, E. - How to move towards evidence-based health promotion interventions. **Promotion & Education**. 4: 2 (1997) 29-33.

## **Anexos**



**Anexo 1** ( primeiro questionário, 1993)

**Questionário n.º 1**

***“Desenvolvimento da Medicina do Trabalho / Saúde Ocupacional”***

**I Parte**

Assinale com um círculo o algarismo que melhor corresponde à sua maior ou menor concordância com as afirmações produzidas, tendo em conta a escala seguinte:

1 concordo totalmente	2 concordo parcialmente	3 não concordo nem discordo	4 discordo parcialmente	5 discordo totalmente
-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

- As empresas têm definidas e formalizadas as suas políticas de higiene, segurança e saúde dos trabalhadores.  
(concordo totalmente)    1    2    3    4    5    (discordo totalmente)
- A política nacional de Medicina do Trabalho/Saúde Ocupacional está claramente definida.  
(concordo totalmente)    1    2    3    4    5    (discordo totalmente)
- No essencial, a legislação existente sobre Medicina do Trabalho está actualizada.  
(concordo totalmente)    1    2    3    4    5    (discordo totalmente)
- No essencial, a legislação sobre Medicina do Trabalho é cumprida pelas empresas.  
(concordo totalmente)    1    2    3    4    5    (discordo totalmente)
- O papel e as funções do médico do trabalho estão bem definidos na legislação.  
(concordo totalmente)    1    2    3    4    5    (discordo totalmente)
- O número de médicos do trabalho existente é suficiente para as necessidades actuais do País.  
(concordo totalmente)    1    2    3    4    5    (discordo totalmente)
- As garantias de exercício profissional dos médicos do trabalho, nomeadamente independência técnica e deontológica, sigilo profissional e contrato escrito, estão claramente consideradas na legislação.  
(concordo totalmente)    1    2    3    4    5    (discordo totalmente)
- O estatuto profissional do médico do trabalho, no que se refere a remuneração e outras regalias sociais, é muito elevado.  
(concordo totalmente)    1    2    3    4    5    (discordo totalmente)
- O contributo de outros profissionais, nomeadamente higienistas do trabalho, técnicos de segurança e enfermeiros do trabalho, é fundamental para a acção do serviço de medicina do trabalho .  
(concordo totalmente)    1    2    3    4    5    (discordo totalmente)

*Anexos*

10. A actividade dos médicos do trabalho é contributo decisivo para a protecção e promoção da saúde dos trabalhadores.

(concordo totalmente)    1    2    3    4    5    (discordo totalmente)

11. A actividade dos médicos do trabalho vai ao encontro dos interesses das empresas e dos empregadores.

(concordo totalmente)    1    2    3    4    5    (discordo totalmente)

## II Parte

Assinale apenas um quadrado em cada respostas

12. Na sua opinião, o modelo actual de organização de serviços de medicina do trabalho é adequado às necessidades da população trabalhadora?

☐  
muito

☐  
bastante

☐  
Assim  
Assim

☐  
pouco

☐  
nada

☐  
sem opinião

13. Na sua opinião, o regulamento dos serviços de medicina do trabalho (Decreto 47512 de 25/02 de 67) é útil ao seu bom funcionamento?

☐  
muito

☐  
bastante

☐  
Assim  
Assim

☐  
pouco

☐  
nada

☐  
sem opinião

14. Na sua opinião, o relatório anual, obrigatório, da actividade dos serviços de medicina do trabalho tem utilidade?

☐  
muito

☐  
bastante

☐  
Assim  
Assim

☐  
pouco

☐  
nada

☐  
sem opinião

15. Na sua opinião, o planeamento, a organização e a gestão dos serviços de medicina do trabalho são habitualmente feitos em função dos problemas de saúde ocupacional das empresas?

☐  
muito

☐  
bastante

☐  
Assim  
Assim

☐  
pouco

☐  
nada

☐  
sem opinião



### III Parte

No desenvolvimento da Medicina do Trabalho/Saúde Ocupacional algumas questões pertinentes se colocam. A sua opinião é muito importante.

Assinale apenas um quadrado em cada resposta

16. A definição de uma política nacional de saúde nos locais de trabalho deve merecer a máxima prioridade?

- |                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| concordo totalmente       | <input type="checkbox"/> |
| Concordo                  | <input type="checkbox"/> |
| nem concordo nem discordo | <input type="checkbox"/> |
| discordo                  | <input type="checkbox"/> |
| discordo totalmente       | <input type="checkbox"/> |

17. Em que medida a integração de Portugal nas Comunidades Europeias poderá influenciar a política nacional de MT/ SHST/ SO?

- |                                |                                   |   |                                |                               |                                      |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> muito | <input type="checkbox"/> bastante | <input type="checkbox"/> Assim<br>Assim | <input type="checkbox"/> pouco | <input type="checkbox"/> nada | <input type="checkbox"/> sem opinião |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|

18. Em que medida os organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde e a Organização Internacional do Trabalho vão influenciar a evolução da MT/ SHST/ SO em Portugal.

- |                                |                                   |   |                                |                               |                                      |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> muito | <input type="checkbox"/> bastante | <input type="checkbox"/> Assim<br>Assim | <input type="checkbox"/> pouco | <input type="checkbox"/> nada | <input type="checkbox"/> sem opinião |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|

19. Na definição e implementação de uma política nacional de MT/ SHST/ SO que grau de prioridade relativa atribui às seguintes medidas numa escala decrescente de 1 (primeira prioridade) a 10 (última prioridade).

Acção	Prioridade
Rever a organização da Higiene e Segurança do Trabalho	
Formar os profissionais de MT/ SHST/ SO necessários	
Rever o estatuto e a carreira dos médicos do trabalho	
Promover o ensino, a todos os níveis da S.O.	
Apoiar a investigação em S.O.	
Reorganizar os serviços estatais de S.O.	
Reorganizar os serviços de MT/SO	
Criar laboratórios regionais de Higiene do Trabalho	
Implementar acções de promoção para a saúde nos locais de trabalho	
Outra(s)especifique .....	

20. Que modelo de organização de serviços de MT / SO terá possibilidade de cobrir maior percentagem da população activa empregada?

- ☐ Sistema de Serviços privativos de empresa alargado a todos os sectores de actividade
- ☐ Sistema de serviços privativos e comuns de empresa alargado a todos os sectores de actividade
- ☐ Qualquer dos dois mais empresas privadas prestadoras de serviços de MT/SO a todo o tipo de actividade
- ☐ Sistema de serviços privativos e comuns de empresa mais serviços estatais baseados nos cuidados de saúde primários (centros de saúde)
- ☐ Outro, especifique -----

21. Que papel atribui, num contexto global, a serviços de MT / SO nos Centros de Saúde?

- ☐ Supletivo
- ☐ Complementar
- ☐ Dominante
- ☐ Nenhum
- ☐ Sem opinião

22. Em sua opinião os serviços de segurança, de higiene e de medicina do trabalho de empresa deveriam ser:

- ☐ Integrados num só serviço com chefia comum
- ☐ Autónomos com coordenação funcional
- ☐ Outra, especifique \_\_\_\_\_

23. Os programas e relatórios de actividade dos serviços de MT/SO (anuais e plurianuais) deverão ser sujeitos à apreciação de outro(s) órgão(s) da empresa?

- Não ☐
- Sim ☐
- Sem opinião ☐

24. Se respondeu sim, a que órgão (s)?

- ☐ Comissão de higiene e segurança
- ☐ Empregadores ou responsáveis das empresas
- ☐ Trabalhadores beneficiários ou seus representantes sindicais
- ☐ Mais de uma das entidades. Assinale quais \_\_\_\_\_

25. A quem compete custear os serviços de MT/ SO?

- ☐ Entidades patronais
- ☐ Segurança Social
- ☐ Seguradoras
- ☐ Sistema Nacional de Saúde
- ☐ Mais do que uma entidade. Especifique \_\_\_\_\_

26. Como classifica, por ordem de prioridade, as necessidades de formação dos seguintes profissionais numa escala decrescente de 1 (primeira prioridade) a 7 (última prioridade).

<i>Profissionais</i>	<i>Prioridade</i>
Enfermeiros do trabalho	
Engenheiros de higiene e segurança	
Ergonomistas	
Médicos do trabalho	
Psicólogos do trabalho	
Técnicos de higiene e segurança	
Outro(s), qual(is) _____	

27. Os médicos do trabalho deverão exercer a sua profissão preferencialmente como actividade:

- ☐ única  
☐ Principal  
☐ Complementar  
☐ Sem opinião

**Terminou aqui o preenchimento do questionário n.º 1. Muito obrigado.**

**Responda agora, por favor, ao questionário n.º 2, cor amarela.**

**Anexo 2** (segundo questionário, 1993)

**Questionário n.º 2**

**Caracterização da prática profissional e do nível de actividade em Medicina do Trabalho.**

Assinale apenas um quadrado em cada questão.

1. Exerce, na presente data, alguma actividade no âmbito da medicina do trabalho?

- ☐ Sim  
☐ Não

Se respondeu sim assinale a actividade única ou principal

- ☐ Medicina do trabalho de empresa  
☐ Consultoria em empresas ou organizações patronais ou profissionais  
☐ Actividade em serviços do Estado (Ministério da Saúde e outros)  
☐ Clínica do trabalho privada, de grupo ou de seguros  
☐ Académica

Se exerce outra(s) além da que indicou anteriormente especifique-----

-----

*Se respondeu afirmativamente passe para a pergunta 4.*

2. Se não exerce nenhuma actividade de medicina do trabalho, já alguma vez a exerceu?

- Não ☐  
Sim ☐ E por quanto tempo? \_\_\_\_\_

3. Não exerce, na presente data, a medicina do trabalho por:

- ☐ Dificuldade ou impossibilidade de colocação satisfatória  
☐ Falta de motivação para o seu exercício  
☐ Opção por outra actividade  
☐ Reformado ou retirado da actividade profissional  
☐ Outro motivo. Qual?.....

**Para si, que não exerce presentemente nenhuma actividade de medicina do trabalho, o preenchimento dos questionários está completo. Por favor queira remetê-lo para a ENSP no envelope em anexo.**

**Muito Obrigado.**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_(Ass.) \_\_\_\_\_

*Anexos*

4. Em média, quantas horas semanais dedica ao exercício da medicina do trabalho?

5. Está inscrito no Colégio de Especialidade de Medicina do Trabalho da Ordem dos Médicos?

Não  
Sim

☐  
☐

Ano de Inscrição

6. Possui ou frequenta alguma outra especialidade?

Não  
Sim

☐  
☐

Qual? \_\_\_\_\_

7. Participa em acções de formação e actualização em Medicina do Trabalho?

☐ Regularmente  
☐ por vezes  
☐ raramente  
☐ Nunca

8. Qual a importância que atribui à formação recebida, no Curso de Medicina do Trabalho, relativamente ao desempenho das suas funções nesta área profissional?

☐ muita

☐ Bastante

☐ assim  
assim

☐ Pouca

☐ nenhuma

9. Classifique os temas indicados no quadro numa escala de valores de 1 (muito pouco) a 5 (elevado), em função dos critérios:

Coluna A – Formação recebida no curso de medicina do trabalho

Coluna B – Necessidade de aprofundamento da formação em acções futuras

<i>Temas</i>	<i>A</i>	<i>B</i>
1. Planeamento, organização e gestão de serviços de medicina do trabalho.		
2. Epidemiologia das doenças profissionais e dos acidentes de trabalho.		
3. Prevenção médica dos riscos profissionais.		
4. Prevenção técnica dos riscos profissionais.		
5. Patologia e toxicologia profissionais.		
6. Promoção da saúde e educação para a saúde em medicina do trabalho		
7. Sociologia do trabalho e das organizações.		
8. Bioestatística aplicada à medicina do trabalho.		
9. Ergonomia		
10. Outro(s). Indique qual (quais).		

**A parte final deste questionário é dirigida somente, aos médicos do trabalho de empresa (serviços internos, externos ou interempresas).**

**Para si, que não desempenha esta modalidade de exercício profissional termina aqui o preenchimento dos questionários.**

**Por favor, queira remetê-los para a ENSP no envelope em anexo.**

**Muito obrigado.** --/--/-- ( Ass.)-----

10. Exerce a actividade de medicina do trabalho de empresa num serviço:

- ☐ privativo de empresa
- ☐ comum interempresas
- ☐ empresa prestadora de serviços
- ☐ outro (especifique)

11. Qual o número de trabalhadores abrangidos?

--	--	--	--	--

12. Quantos são do sexo masculino?

--	--	--	--	--

13. De forma aproximada como se distribuem pelas principais categorias profissionais?

<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						Pessoal dirigente, quadros superiores e técnicos
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						Quadros e chefias intermédias
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						Empregados
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						Operários
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						Outros

14. A que sector de actividade económica dominante se dedicam os utentes do seu serviço?

- ☐ Agricultura, silvicultura e pescas
- ☐ Industria extractiva
- ☐ Industria transformadora
- ☐ Construção civil
- ☐ Hotelaria, comércio por grosso e retalho
- ☐ Transportes
- ☐ Banca e Seguros
- ☐ Outro. Especifique? \_\_\_\_\_

15. Quantos técnicos superiores e médicos trabalham consigo no serviço de medicina do trabalho?

<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			Indique quais _____

16. Como distribui, em percentagem, o tempo de actividade semanal que dedica à medicina do trabalho?

<i>Actividades</i>	<i>% tempo gasto</i>
Exames médicos de vigilância de saúde	
Visitas às instalações da empresa e vigilância ambiental	
Cuidados médicos de base	
Organização e gestão do serviço de medicina do trabalho	
Promoção da saúde e educação sanitária	
Outras. Especifique _____	
_____	

Total: 100%

17. O serviço onde exerce medicina do trabalho tem programa de actividades escrito e aprovado por instância(s) superior(es)? (Direcção, etc.).

Não ☐  
Sim ☐ Escrito ☐  
Escrito e aprovado ☐

18. O serviço onde exerce a medicina do trabalho tem orçamento próprio?

Não ☐  
Sim ☐

19. Qual a importância aproximada, em milhares de escudos, desse orçamento?

\_\_\_\_\_

20. Qual a importância aproximada, em milhares de contos, da massa salarial da empresa? \_\_\_\_\_

21. No seu serviço são elaborados relatórios de actividades.

Não ☐  
Sim ☐ Com que periodicidade \_\_\_\_\_

22. O serviço onde exerce a medicina do trabalho envia anualmente às entidades competentes o relatório de actividades?

Não ☐  
Sim ☐

Se respondeu não:

23. Não envia relatório porque:

- ☐ Não está legalmente obrigado  
☐ Acha que não tem utilidade prática  
☐ Outra razão. Especifique \_\_\_\_\_

24. Qual é a posição que ocupa actualmente no serviço de medicina do trabalho?

- ☐ Responsável máximo do serviço
- ☐ Médico do trabalho sem funções de chefia
- ☐ Médico do trabalho com funções dominantes de clínica médica
- ☐ Outra. Especifique \_\_\_\_\_

25. Existem, dificuldades no funcionamento do serviço de medicina do trabalho?

- ☐ Não
- ☐ Sim. Qual é a mais importante? \_\_\_\_\_

26. A comissão de higiene e segurança e/ou as estruturas representativas dos trabalhadores participam de alguma forma na acção do serviço de medicina do trabalho?

- ☐ Não
- ☐ Sim. Qual ou quais?
- ☐ A Comissão de Higiene e Segurança
- ☐ A Comissão de Trabalhadores
- ☐ A Comissão Sindical

27. Não participam porque:

- ☐ Não existem ou não funcionam
- ☐ Não são chamadas a participar
- ☐ Outro motivo (especifique) \_\_\_\_\_

28. No último ano quantas sugestões de alteração das condições de trabalho foram apresentados pelo serviço de MT / SO?

- ☐ Nenhuma
- ☐ menos de três
- ☐ três a dez
- ☐ mais de dez

29. A direcção ou administração da empresa respondeu positivamente às sugestões apresentadas?

- ☐ À maioria
- ☐ A algumas
- ☐ A nenhuma

**Está terminado o preenchimento dos questionários. Remeta-os de imediato para a Escola Nacional de Saúde Pública no envelope RSF em anexo.**

**Muito obrigado pela colaboração.**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_\_\_



**Anexo 3** (primeiro questionário, 2000)

**Questionário n.º 1**

***“Desenvolvimento da Medicina do Trabalho/ Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho/ Saúde Ocupacional”***

**I Parte**

Assinale com um círculo o algarismo que melhor corresponde à sua maior ou menor concordância com as afirmações produzidas, tendo em conta a escala seguinte:

1 concordo totalmente	2 concordo parcialmente	3 não concordo nem discordo	4 discordo parcialmente	5 discordo totalmente
-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

1. As empresas têm definidas e formalizadas as suas políticas de higiene, segurança e saúde dos trabalhadores.  
(concordo totalmente)    1    2    3    4    5    (discordo totalmente)
2. A política nacional de Medicina do Trabalho/ Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho/ Saúde Ocupacional (MT/SHST/SO) está claramente definida.  
(concordo totalmente)    1    2    3    4    5    (discordo totalmente)
3. No essencial, a legislação existente sobre MT/SHST/SO está actualizada.  
(concordo totalmente)    1    2    3    4    5    (discordo totalmente)
4. No essencial, a legislação sobre MT/SHST/SO é cumprida pelas empresas.  
(concordo totalmente)    1    2    3    4    5    (discordo totalmente)
5. O papel e as funções do médico do trabalho estão bem definidos na legislação.  
(concordo totalmente)    1    2    3    4    5    (discordo totalmente)
6. O número de médicos do trabalho existente é suficiente para as necessidades actuais do País.  
(concordo totalmente)    1    2    3    4    5    (discordo totalmente)
7. As garantias de exercício profissional dos médicos do trabalho, nomeadamente independência técnica e deontológica, sigilo profissional e contrato escrito, estão claramente contempladas na legislação.  
(concordo totalmente)    1    2    3    4    5    (discordo totalmente)
8. O estatuto profissional do médico do trabalho, no que se refere a remuneração e outras regalias sociais, é muito elevado.  
(concordo totalmente)    1    2    3    4    5    (discordo totalmente)

9. O contributo de outros profissionais, nomeadamente higienistas do trabalho, técnicos de segurança e enfermeiros do trabalho, é fundamental para a acção do serviço de medicina do trabalho (MT/SHST/SO).

(concordo totalmente) 1 2 3 4 5 (discordo totalmente)

10. A actividade dos médicos do trabalho é contributo decisivo para a protecção e promoção da saúde dos trabalhadores.

(concordo totalmente) 1 2 3 4 5 (discordo totalmente)

11. A actividade dos médicos do trabalho vai ao encontro dos interesses das empresas e dos empregadores.

(concordo totalmente) 1 2 3 4 5 (discordo totalmente)

## II Parte

No desenvolvimento da Medicina do Trabalho/ Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho/ Saúde Ocupacional (MT/ SHST/ SO) algumas questões pertinentes se colocam. A sua opinião é muito importante.

Assinale apenas um quadrado em cada resposta

12. A definição de uma política nacional de saúde nos locais de trabalho deve merecer a máxima prioridade?

concordo totalmente

☐

concordo

☐

nem concordo nem discordo

☐

discordo

☐

discordo totalmente

☐

13. Em que medida a integração de Portugal nas Comunidades Europeias poderá influenciar a política nacional de MT/ SHST/ SO?

☐

muito

☐

bastante

☐

assim  
assim

☐

pouco

☐

nada

☐

sem opinião

14. Em que medida os organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde e a Organização Internacional do Trabalho vão influenciar a evolução da MT/ SHST/ SO em Portugal.

☐

muito

☐

bastante

☐

assim  
assim

☐

pouco

☐

nada

☐

sem opinião

15. Na definição e implementação de uma política nacional de MT/ SHST/ SO que grau de prioridade relativa atribui às seguintes medidas numa escala decrescente de 1 (primeira prioridade) a 10 (última prioridade).

<i>Ação</i>	<i>Prioridade</i>
Rever a organização da Higiene e Segurança do Trabalho	
Formar os profissionais de MT/ SHST/ SO necessários	
Rever o estatuto e a carreira dos médicos do trabalho	
Promover o ensino, a todos os níveis da S.O.	
Apoiar a investigação em S.O.	
Reorganizar os serviços estatais de S.O.	
Reorganizar os serviços de MT/SO	
Criar laboratórios regionais de Higiene do Trabalho	
Implementar acções de promoção para a saúde nos locais de trabalho	
Outra(s) especifique .....	

16. Que modelo de organização de serviços de MT/ SHST/ SO terá possibilidade de cobrir maior percentagem da população activa empregada?

- ☐ Sistema de Serviços privativos de empresa alargado a todos os sectores de actividade
- ☐ Sistema de serviços privativos e comuns de empresa alargado a todos os sectores de actividade
- ☐ Qualquer dos dois mais empresas privadas prestadoras de serviços de MT/ SHST/ SO a todo o tipo de actividade
- ☐ Sistema de serviços privativos e comuns de empresa mais serviços estatais baseados nos cuidados de saúde primários (centros de saúde)
- ☐ Outro, qual ? .....

17. Que papel atribui, num contexto global, a serviços de MT/ SHST/ SO nos Centros de Saúde?

- ☐ Supletivo
- ☐ Complementar
- ☐ Dominante
- ☐ Nenhum
- ☐ Sem opinião

18. Em sua opinião os serviços de segurança, de higiene e de medicina do trabalho de empresa deveriam ser:

- ☐ Integrados num só serviço com chefia comum
- ☐ Autónomos com coordenação funcional
- ☐ Outra, especifique

19. Os programas e relatórios de actividade dos serviços de MT/ SHST/ SO (anuais e plurianuais) deverão ser sujeitos à apreciação de outro(s) órgão(s) da empresa?

- Não ☐
- Sim ☐
- Sem opinião ☐

20. Se respondeu sim, a que órgão(s)?

- ☐ Comissão de higiene e segurança
- ☐ Empregadores ou responsáveis das empresas
- ☐ Trabalhadores beneficiários ou seus representantes sindicais
- ☐ Mais de uma das entidades. Assinale quais .....

21. A quem compete custear os serviços de MT/ SHST/ SO?

- ☐ Entidades patronais  
☐ Segurança Social  
☐ Seguradoras  
☐ Sistema Nacional de Saúde  
☐ Mais do que uma entidade. Especifique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

22. Como classifica, por ordem de prioridade, as necessidades de formação dos seguintes profissionais numa escala decrescente de 1 (primeira prioridade) a 7 (última prioridade).

<i>Profissionais</i>	<i>Prioridade</i>
Enfermeiros do trabalho	
Engenheiros de higiene e segurança	
Ergonomistas	
Médicos do trabalho	
Psicólogos do trabalho	
Técnicos de higiene e segurança	
Outro(s), qual(is) _____	

23. Os médicos do trabalho deverão exercer a sua profissão preferencialmente como actividade:

- ☐ única  
☐ principal  
☐ Complementar  
☐ Sem opinião

**Terminou aqui o preenchimento do questionário n.º 1. Muito obrigado.**

**Responda agora, por favor, ao questionário n.º 2, cor amarela.**

**Anexo 4** (segundo questionário, 2000)

**Questionário n.º 2**

**Caracterização da prática profissional e do nível de actividade em Medicina do Trabalho.**

Assinale apenas um quadrado em cada questão.

1. Exerce, na presente data, alguma actividade no âmbito da medicina do trabalho?

- ☐ Sim.  
☐ Não

Se respondeu sim assinale a actividade única ou principal

- ☐ Medicina do trabalho de empresa (serviços internos ou externos)  
☐ Consultoria em empresas ou organizações patronais ou profissionais  
☐ Actividade em serviços do Estado (Ministério da Saúde e outros)  
☐ Clínica do trabalho privada, de grupo ou de seguros  
☐ Académica

Se exerce outra(s) além da que indicou anteriormente especifique-----

-----

*Se respondeu afirmativamente passe para a pergunta 4.*

2. Se não exerce nenhuma actividade de medicina do trabalho, já alguma vez a exerceu?

- Não ☐  
Sim ☐ E por quanto tempo? \_\_\_\_\_

3. Não exerce, na presente data, a medicina do trabalho por:

- ☐ Dificuldade ou impossibilidade de colocação satisfatória  
☐ Falta de motivação para o seu exercício  
☐ Opção por outra actividade  
☐ Reformado ou retirado da actividade profissional  
☐ Outro motivo. Qual?.....

**Para si, que não exerce presentemente nenhuma actividade de medicina do trabalho, o preenchimento dos questionários está completo. Por favor queira remetê-lo para a ENSP no envelope em anexo.**

**Muito Obrigado.**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (Ass.) \_\_\_\_\_

*Anexos*

4. Em média, quantas horas semanais dedica ao exercício da medicina do trabalho?

--	--

5. Está inscrito no Colégio de Especialidade de Medicina do Trabalho da Ordem dos Médicos?

Não  
Sim

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Ano de Inscrição

--	--	--	--

6. Possui ou frequenta alguma outra especialidade?

Não  
Sim

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Qual? \_\_\_\_\_

7. Participa em acções de formação e actualização em Medicina do Trabalho?

☐ regularmente  
☐ por vezes  
☐ raramente  
☐ nunca

8. Qual a importância que atribui à formação recebida, no Curso de Medicina do Trabalho, relativamente ao desempenho das suas funções nesta área profissional?

☐ muita

☐ bastante

☐ assim  
assim

☐ Pouca

☐ nenhuma

9. Classifique os temas indicados no quadro numa escala de valores de 1 (muito pouco) a 5 (elevado), em função dos critérios:

Coluna A – Formação recebida no curso de medicina do trabalho

Coluna B – Necessidade de aprofundamento da formação em acções futuras

<i>Temas</i>	<i>A</i>	<i>B</i>
1. Planeamento, organização e gestão de serviços de medicina do trabalho.		
2. Epidemiologia das doenças profissionais e dos acidentes de trabalho.		
3. Prevenção médica dos riscos profissionais.		
4. Prevenção técnica dos riscos profissionais.		
5. Patologia e toxicologia profissionais.		
6. Promoção da saúde e educação para a saúde em medicina do trabalho		
7. Sociologia do trabalho e das organizações.		
8. Bioestatística aplicada à medicina do trabalho.		
9. Ergonomia		
10. Outro(s). Indique qual (quais).		

**A parte final deste questionário é dirigida somente, aos médicos do trabalho de empresa (serviços internos, externos ou interempresas).**

**Para si, que não desempenha esta modalidade de exercício profissional termina aqui o preenchimento dos questionários.**

**Por favor, queira remetê-los para a ENSP no envelope em anexo.**

**Muito obrigado.** --/--/-- ( Ass.)-----

10. Exerce a actividade de medicina do trabalho de empresa num serviço(s):

- ☐ privativo de empresa (interno)
- ☐ comum interempresas
- ☐ empresa prestadora de serviços (serviços externos)
- ☐ outro (especifique)

11. Qual o número de trabalhadores abrangidos?

--	--	--	--	--

12. A que sector de actividade económica dominante se dedicam os utentes do seu serviço?

- ☐ Agricultura, silvicultura e pescas
- ☐ Industria extractiva
- ☐ Industria transformadora
- ☐ Construção civil
- ☐ Hotelaria, comércio por grosso e retalho
- ☐ Transportes
- ☐ Banca e Seguros
- ☐ Outro. Especifique? \_\_\_\_\_

13. Quantos técnicos superiores e médicos trabalham consigo no serviço de medicina do trabalho?

--	--

 Indique quais \_\_\_\_\_

14. Como distribui, em percentagem, o tempo de actividade semanal que dedica à medicina do trabalho?

<i>Actividades</i>	<i>% tempo gasto</i>
Exames médicos de vigilância de saúde	
Visitas às instalações da empresa e vigilância ambiental	
Cuidados médicos de base	
Organização e gestão do serviço de medicina do trabalho	
Promoção da saúde e educação sanitária	
Outras. Especifique _____ _____	

Total: 100%

15. O serviço onde exerce medicina do trabalho tem programa de actividades escrito e aprovado por instância(s) superior(es)? (Direcção, etc.).

Não

☐

Sim

☐

Escrito

☐

Escrito e aprovado

☐

16. O serviço onde exerce a medicina do trabalho tem orçamento próprio?

Não

☐

Sim

☐

17. Qual a importância aproximada, em milhares de escudos, desse orçamento?

---

18. Qual a importância aproximada, em milhares de contos, da massa salarial da empresa?

---

19. No seu serviço são elaborados relatórios de actividades.

Não

☐

Sim

☐

Com que periodicidade \_\_\_\_\_

20. O serviço onde exerce a medicina do trabalho envia anualmente às entidades competentes o relatório de actividades?

Não

☐

Sim

☐

Se respondeu não:

21. Não envia relatório porque:

☐

Não está legalmente obrigado

☐

Acha que não tem utilidade prática

☐

Outra razão. Especifique \_\_\_\_\_

22. Qual é a posição que ocupa actualmente no serviço de medicina do trabalho?

☐

Responsável máximo do serviço

☐

Médico do trabalho sem funções de chefia

☐

Médico do trabalho com funções dominantes de clinica médica

☐

Outra. Especifique \_\_\_\_\_

23. Existem, dificuldades no funcionamento do serviço de medicina do trabalho?

☐

Não

☐

Sim. Qual é a mais importante? \_\_\_\_\_



24. A comissão de higiene e segurança e/ou as estruturas representativas dos trabalhadores participam de alguma forma na acção do serviço de medicina do trabalho?

☐ Não

☐ Sim. Qual ou quais?

☐

A Comissão de Higiene e Segurança

☐

A Comissão de Trabalhadores

☐

A Comissão Sindical

25. Não participam porque:

☐ Não existem ou não funcionam

☐ Não são chamadas a participar

☐ Outro motivo (especifique) \_\_\_\_\_

26. No último ano quantas sugestões de alteração das condições de trabalho foram apresentados pelo serviço de MT/SHST/ SO?

☐ Nenhuma

☐ menos de três

☐ três a dez

☐ mais de dez

27. A direcção ou administração da empresa respondeu positivamente às sugestões apresentadas?

☐ À maioria

☐ A algumas

☐ A nenhuma

**Está terminado o preenchimento dos questionários. Remeta-os de imediato para a Escola Nacional de Saúde Pública no envelope RSF em anexo.**

**Muito obrigado pela colaboração.**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Anexo 5** (instruções de preenchimento usadas nos dois inquéritos)

Projecto de Investigação sobre  
***“Desenvolvimento da Saúde Ocupacional em Portugal”***

**Instruções de preenchimento**  
dos questionários n.º 1 e n.º 2

***O preenchimento dos dois questionários que lhe enviamos em anexo ocupará algum do seu tempo. Apelamos, por isso, para a compreensão do(a) colega solicitando de novo a sua colaboração.***

Por favor, comece por responder ao questionário n.º 1. (de cor verde) com o qual se pretende conhecer a sua opinião pessoal sobre aspectos que consideramos relevantes para o desenvolvimento futuro da medicina do trabalho/ saúde ocupacional no nosso país.

O questionário n.º 2 (cor amarela) visa a obtenção de uma informação actualizada quanto ao exercício profissional dos médicos do trabalho diplomados pela ENSP.

Completado o preenchimento dos questionários queira, por favor, devolvê-los, o mais rapidamente possível, à Escola Nacional de Saúde Pública, utilizando para o efeito o envelope selado que remetemos em anexo.

Uma vez que pretendemos iniciar a análise das respostas dentro de 20 dias, apelamos para a sua pontualidade na devolução dos questionários.

A confidencialidade das respostas está assegurada e os resultados globais, depois de tratados estatisticamente, serão objecto de adequada divulgação pública através de monografia a elaborar por Carlos Silva Santos, assistente convidado do Grupo de Disciplinas de Saúde Ocupacional.

**Anexo 6** ( texto de apresentação dos objectivos do estudo usado em ambos os inquéritos)

Assunto: Projecto de investigação sobre “Desenvolvimento da Saúde Ocupacional em Portugal”

Caro(a) Colega,

No âmbito do projecto de investigação supramencionado, em realização nesta Escola, estamos a proceder a um inquérito por questionário dirigido aos antigos alunos da ENSP diplomados com o Curso de Medicina do Trabalho.

O referido projecto tem como principal responsável o Dr. Carlos Silva Santos, assistente da Cadeira de Saúde Ocupacional, e constitui parte integrante do processo de diferenciação académica em que aquele docente se encontra, na presente data, empenhado.

As finalidades que nos propomos atingir com o inquérito são, no essencial, as seguintes: por um lado auscultar a opinião, dos já cerca de 700 diplomados pela ENSP, sobre um conjunto de questões que consideramos de fundamental importância para a análise da evolução e do desenvolvimento da Medicina do Trabalho (e da Saúde Ocupacional) no nosso país (Questionário nº 1); por outro, adquirir informação que permita caracterizar, de modo rigoroso e actualizado, a actividade profissional exercida, na área da Medicina do Trabalho por parte daqueles mesmos diplomados (Questionário nº 2).

A resposta a ambos os questionários enviados em anexo, tem carácter estritamente confidencial.

Desnecessário se torna realçar, cara Colega, a importância da sua contribuição pessoal para o bom êxito do presente trabalho.

*Anexos*

Agradecemos-lhe antecipadamente, enviando-lhe as nossas muito cordiais saudações.

O Assistente Convidado do Grupo de  
Disciplinas de Saúde Ocupacional

Carlos Silva Santos, Dr.

Anexo: - Instruções de preenchimento dos questionários  
- 2 questionários (um de cor verde e um de cor amarela)  
- 1 envelope-resposta (já selado a endereçar à ENSP)

**Anexo 7** ( carta de insistência aos não respondentes 1º inquérito, 1993)

Assunto: Projecto de investigação sobre “Desenvolvimento da Saúde Ocupacional em Portugal”

Caro(a) Colega,

No âmbito do projecto de investigação supramencionado, em realização nesta Escola, estamos a proceder a um inquérito por questionário dirigido aos antigos alunos da ENSP diplomados com o Curso de Medicina do Trabalho. A primeira edição dos questionários teve uma taxa de respondentes superior a 30%.

A presente 2ª edição dirige-se aos colegas que, por qualquer motivo não receberam o primeiro envio ou não tiveram oportunidade ou disponibilidade de responder

Sabemos que o preenchimento dos questionários lhe vai exigir algum tempo, pelo que realçamos a importância da sua contribuição pessoal, não só para o êxito do presente trabalho, mas também, para a clarificação da situação da saúde ocupacional no nosso país.

As finalidades que nos propomos atingir com o inquérito são, no essencial, as seguintes: por um lado auscultar a opinião, dos cerca de 700 diplomados pela ENSP, sobre um conjunto de questões que consideramos de fundamental importância para a análise da evolução e do desenvolvimento da Medicina do Trabalho (e da Saúde Ocupacional) no nosso país (Questionário nº 1); por outro, adquirir informação que permita caracterizar, de modo rigoroso e actualizado, a actividade profissional exercida, na área da Medicina do Trabalho por parte daqueles mesmos diplomados (Questionário nº 2).

A resposta a ambos os questionários enviados em anexo, tem carácter estritamente confidencial.

Agradecemos-lhe antecipadamente, enviando-lhe as nossas muito cordiais saudações.

A CADEIRA DE SAÚDE OCUPACIONAL  
DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE

Anexos: - Instruções de preenchimento dos questionários  
- 2 questionários (um de cor verde e um de cor amarela)  
- 1 envelope-resposta (já selado a endereçar à ENSP)

**Anexo 8** ( apresentação dos objectivos do inquérito de 2000)

**PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO SOBRE “DESENVOLVIMENTO DA  
SAÚDE OCUPACIONAL EM PORTUGAL”**

Caro(a) Colega,

No âmbito do projecto de investigação supramencionado, em realização nesta Escola, estamos a proceder a um inquérito por questionário dirigido aos antigos alunos da ENSP diplomados com Curso de Medicina do Trabalho.

As finalidades que nos propomos atingir com o inquérito são, no essencial, as seguintes: por um lado auscultar a opinião, dos cerca de 700 diplomados pela ENSP, até 1991, sobre um conjunto de questões que consideramos de fundamental importância para a análise da evolução e do desenvolvimento da Medicina do Trabalho (e da Saúde Ocupacional) no nosso país (Questionário n.º1); por outro, adquirir informação que permita caracterizar, de modo rigoroso e actualizado, a actividade profissional exercida, na área da Medicina do Trabalho por parte daqueles mesmos diplomados (Questionário n.º 2).

A resposta a ambos os questionários enviados em anexo, tem carácter estritamente confidencial.

Desnecessário se torna realçar, caro(a) Colega, a importância da sua contribuição pessoal para o bom êxito do presente trabalho.

Agradecemos-lhe antecipadamente, enviando-lhe as nossas muito cordiais saudações.

**O Assistente Convidado do Grupo de  
Disciplinas de Saúde Ocupacional**

Carlos Silva Santos, Dr.

Anexo: - Instruções de preenchimento dos questionários

- 2 questionários (um de cor verde e um de cor amarela)
- 1 envelope-resposta (RSF endereçado à ENSP)

**Anexo 9** ( carta de primeira insistência aos não respondentes do inquérito de 2000)

**PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO SOBRE “DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE OCUPACIONAL EM PORTUGAL”**

Caro(a) Colega,

No âmbito do projecto de investigação supramencionado, em realização nesta Escola, estamos a proceder a um inquérito por questionário dirigido aos antigos alunos da ENSP diplomados com o Curso de Medicina do Trabalho.

A presente 2ª edição dirige-se aos colegas que, por qualquer motivo não receberam o primeiro envio ou não tiveram oportunidade ou disponibilidade de responder. A primeira edição deste inquérito teve uma taxa de respondentes de 25%.

Sabemos que o preenchimento dos questionários lhe vai exigir algum tempo, pelo que realçamos a importância da sua contribuição pessoal para o êxito do presente trabalho que poderá ajudar à clarificação da situação da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho/Saúde Ocupacional/Medicina do Trabalho no nosso país.

As finalidades que nos propomos atingir com o inquérito são, no essencial, as seguintes: por um lado auscultar a opinião, dos cerca de 700 diplomados pela ENSP, até 1991, sobre um conjunto de questões que consideramos de fundamental importância para a análise da evolução e do desenvolvimento da Medicina do Trabalho (e da Saúde Ocupacional) no nosso país (Questionário nº 1); por outro, adquirir informação que permita caracterizar, de modo rigoroso e actualizado, a actividade profissional exercida, na área da Medicina do Trabalho por parte daqueles mesmos diplomados (Questionário nº 2).

A resposta a ambos os questionários enviados em anexo, tem carácter estritamente confidencial.

Desnecessário se torna realçar, cara(a) Colega, a importância da sua contribuição pessoal para o bom êxito do presente trabalho.

Agradecemos-lhe antecipadamente, enviando-lhe as nossas muito cordiais saudações.

O Assistente Convidado do Grupo de  
Disciplinas de Saúde Ocupacional

Carlos Silva Santos, Dr.

Anexo: - Instruções de preenchimento dos questionários  
- 2 questionários (um de cor verde e um de cor amarela)  
- 1 envelope-resposta (RSF endereçado à ENSP)

**Anexo 10** (carta de 2ª insistência aos não respondentes do inquérito de 2000)

*3ª e última edição*

**PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO SOBRE “DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE OCUPACIONAL EM PORTUGAL”**

Caro(a) Colega,

*No âmbito do projecto de investigação supracitado, em realização nesta Escola, estamos a proceder a um inquérito por questionário dirigido aos antigos alunos da ENSP diplomados com o Curso de Medicina do Trabalho.*

A presente 3ª edição do inquérito por questionário faz parte do projecto de investigação supramencionado e dirige-se aos colegas que por qualquer motivo não receberam ou não tiveram oportunidade ou disponibilidade de responder às anteriores edições. Até ao momento foi atingida a taxa de 36% de respondentes.

Sabemos que o preenchimento dos questionários lhe vai exigir algum tempo, pelo que realçamos a importância da sua contribuição pessoal para o êxito do presente trabalho que poderá ajudar à clarificação da situação da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho/Saúde Ocupacional/Medicina do Trabalho no nosso país.

As finalidades que nos propomos atingir com o inquérito são, no essencial as seguintes: por um lado auscultar a opinião, dos cerca de 700 diplomados pela ENSP, até 1991, sobre um conjunto de questões que consideramos de fundamental importância para a análise da evolução e do desenvolvimento da Medicina do trabalho (e da Saúde Ocupacional) no nosso país (Questionário nº 1); por outro adquirir informação que permita caracterizar, de modo rigoroso e actualizado, a actividade profissional exercida, na área da Medicina do Trabalho por parte daqueles mesmos diplomados (Questionário nº 2).

A resposta a ambos os questionários enviados em anexo, tem carácter estritamente confidencial.

Agradecemos-lhe antecipadamente, enviando-lhe as nossas muito cordiais saudações e votos de Boas Festas e Feliz Ano Novo.

O Assistente Convidado do Grupo de  
Disciplinas de Saúde Ocupacional

Carlos Silva Santos, Dr.

Anexo: - Instruções de preenchimento dos questionários  
- 2 questionários (um de cor verde e um de cor amarela)  
- 1 envelope-resposta (RSF endereçado à ENSP)